FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 janvier 1892, à 1 heure

Par J. A. RENOUL

Né au Loroux-Bottereau, le 4 octobre 1868
Ancien interne des hôpitaux de Nantes
Lauréat (bis) de l'Ecole de plein exercice de Nantes
Membre de la Société anatomo-pathologique de la Loire-Inférieure

DES

ÉPITHÉLIOMES DÉVELOPPÉS
SUR LES NÆVI



Président : M. MATHIAS DUVAL, *professeur.*

Juges : MM. LE FORT, *professeur.* BRUN, CHANTEMESSE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	N.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques	RICARD
BRISSAUD	HANOT	POUCHET	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	QUINQUAUD	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	RETTERER	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	REYNIER	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE		WEISS
	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

A LA MÉMOIRE

DE MON BISAIEUL ET DE MON AIEUL

Médecins au Loroux-Bottereau

ET DE MON ONCLE

Médecin à Sainte-Hermine (Vendée)

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS
ET SPÉCIALEMENT A MES COLLÈGUES D'INTERNAT
(1888-1891)

A MON EXCELLENT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT MALHERBE

Professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Nantes
Chirurgien des hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BEURMANN

Médecin des hôpitaux de Paris

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PLEIN EXERCICE DE NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIAS DUVAL

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine

DES ÉPITHÉLIOMES DÉVELOPPÉS

Sur les nævi

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS. INTRODUCTION.

La cause qui détermine le développement des tumeurs nous est inconnue.

Malgré les nombreuses recherches dont ce point d'anatomie pathologique a été l'objet, nous en sommes réduits à des hypothèses plus ou moins ingénieuses, plus ou moins satisfaisantes, mais dont pas une n'explique tous les faits cliniquement constatés.

Est-il nécessaire de rappeler ici les multiples tentatives faites pour éclaircir l'étiologie des tumeurs? Ce travail a déjà été entrepris plusieurs fois avant nous, aussi nous contenterons-nous de mentionner brièvement celles qui nous paraissent présenter le plus d'intérêt, et auxquelles nous aurons à faire allusion dans la suite de cette étude.

L'on s'accorde généralement à attribuer le développement des tumeurs à un trouble survenu dans la nutrition des tissus.

Pour les uns, cette altération remonte à la vie intra-utérine, et Conheim (1) affirme que les tumeurs naissent dans les régions où, pendant la vie embryonnaire, il s'est formé un certain nombre de cellules *superflues* pour l'organisation normale, et susceptibles de prendre un rapide accroissement dans des conditions pathologiques.

Cette opinion, reprise par Monod et Arthaud (2), et plus tard par M. Christiani (3), n'a pas rallié un grand nombre d'histologistes. L'on soutient plus volontiers que ces altérations surviennent à l'âge adulte, mais on ne les explique pas davantage ; ni les longues discussions entre les partisans de Lebert (4) et de Broussais (5), entre les défenseurs de l'homologie et de l'hétérologie des tumeurs, ni les recherches faites par différents auteurs (6) pour établir l'influence du système nerveux sur la formation des néoplasmes, n'ont abouti à de sérieux résultats. Plus admissible est, du moins pour certains cas, l'hypothèse de Thiersch (7) ; il est en effet

1. *Vorlesungen über allgem. Pathol.* Berlin, 1877. I. B.

2. *Revue de chirurgie*, 1877.

3. *Mémoire sur les néoplasmes congénitaux*. Paris, 1889. — *Jour. d'Anat. et de Phys.*, juillet 1891.

4. *Physiol. pathol.*

5. *Histoire des phlegmasies chroniques*. Paris, 1826. Voir aussi J. Burns. *Dissert. on inflammat.* Glasgow, 1801.

6. Inglis Parson. *Sem. médic.*, 18 août 1890.— Prüs. *Recherches sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac.* 1829. — Barras, *Précis analytique sur le cancer de l'estomac*, 1842. — Schrœder. *Anteekeningen van de Sectie Vergadering van het Prov. Utrecht Genootschaft.* 29 junij 1847.

7. *Der Epithelialkrebs namentlich der Haut.* Leipzig, 1865. — Voir

prouvé par plusieurs thèses ou travaux, provenant du laboratoire d'anatomie pathologique de l'École de médecine de Nantes, que, selon l'opinion émise par cet histologiste, une lutte existe à l'état normal entre les tissus épithéliaux et les tissus sous-jacents ; et que sous l'influence de l'âge, ceux-ci se trouvant affaiblis, les premiers envahissent alors le tissu conjonctif et y végètent.

Dans ces dernières années, la question de l'étiologie des tumeurs est entrée dans une nouvelle phase.

La tuberculose, le rhinosclérome et l'actinomycose, longtemps rangées parmi les tumeurs, furent successivement reconnues pour des affections parasitaires, et l'on en vint naturellement à se demander si toutes les tumeurs n'avaient pas la même origine.

Diverses expériences (quelques-unes instituées empiriquement depuis de longues années) (1), furent entreprises dans ce but, et leurs auteurs (2) (Rappin, Schill, Manfredi, Hanau, etc.), concluent à l'existence d'un germe ayant des propriétés et des caractères différents pour chacun d'eux.

aussi les th. de *Pérochaud et de Voyer* (Paris, 1885 et 1889) ; et de Laraberie (*Arch. gén. de méd.*, 1889).

1. Peyrihle (*Dissertatio acad. de Cancro*, 1774) (*Greffage de fragments de tumeurs sous la peau d'animaux*). — Langenbeck (*Schmidt's Jahrb. de gesammt. Méd.*, 1840, Leipzick) (*Injection de suc cancéreux dans les veines*).

2. Rappin, *Gaz. de Nantes et Comp. Rend. Soc. biol.* (Voir l'*index bibliographique*, ainsi que pour les trois auteurs qui suivent).

En regard des bactériologistes, les histologistes, tous plus ou moins sceptiques, critiquent les expériences, et opposent aux conclusions des dénégations basées, soit sur leur expérimentation personnelle, soit sur les résultats négatifs obtenus par d'autres auteurs (1).

Nous ne voulons ni insister davantage sur ce sujet, ni choisir entre les opinions de ces savants expérimentateurs. Bornons-nous à dire que les faits de généralisation de tumeurs malignes présentent, avec l'infection due aux microgermes, des analogies assez nombreuses pour que l'on puisse se demander si la cause n'est pas du même ordre dans les deux cas.

Il résulte de ce court exposé, que la cause première des tumeurs n'est point encore découverte, mais nous ajouterons que certaines circonstances particulières paraissent, au moins dans quelques cas, favoriser l'apparition des néoplasmes.

Tout le monde connaît l'influence des cicatrices de brûlures et d'autres traumatismes sur le développement des tumeurs. Des thèses (2) très complètes en ont relaté les cas les plus probants et ont cherché à en établir la pathogénie.

1. Senger (*Berl. klin. Woch.*, 1888), dit que le microbe trouvé est celui de la pomme de terre.

Verneuil reconnaît la présence de microcoques dont le rôle n'aurait rien de spécifique (Voir l'*index bibliog.*).

Ballance et Skattock (*Idem*) disent avoir trouvé d'autant moins de bactéries, que leurs procédés de technique étaient plus parfaits.

2. Voir les thèses suivantes : Durand (Paris, 1887-88). Hutin (*id.*, 1882). Salle (1877).

La collection du laboratoire d'histologie de Nantes en possède 14 observations (1).

A ce propos faisons remarquer en passant que ces faits paraissent en désaccord avec la théorie de Conheim : il faudrait en effet supposer que les cellules superflues, dont parle cet auteur, existaient au lieu même, siège du traumatisme.

En résumé, nous constatons ici qu'un trouble anatomique accidentel a pu servir de point de départ à la néoplasie.

Celle-ci peut de même succéder à d'autres anomalies, le plus souvent congénitales.

Si par exemple on considère les *nœvi*, soit vasculaires, soit pigmentés, on ne peut se dissimuler qu'on est déjà en présence de néoplasmes, soit congénitaux, soit postérieurs à la naissance. Nous nous proposons de démontrer, par de nombreux exemples, que ces productions peuvent fréquemment donner naissance à des néoplasmes beaucoup plus

1. En voici le résumé :

H. 60 ans.	Brulûres par liquide inflammable, il a	32 ans, au visage et main.	Epith. lobul.
F..	Coup de corne de vache,	2 ans, Front,	—
H. 45	Chute dans le feu,	44 ans, Face,	—
9 mois.	Piqûre,	7 mois, Région parotidienne	Sarcome.
F. 50 ans.	Cicatrice,	12 ans, Nez,	Ep. tubulé. à trame myxo-sarcomateuse.
H. 74 ans.	Morsure d'une femme,	6 ans, Nez,	Ep. tubulé.
H. 66 ans.	Piqûre d'épine,	2 ans, dos de la main,	Ep. lobulé.
?	Coup d'ongle,	— face,	—
H. 40 ans.	? cicatrice,	— main,	Angiome.
?	Plaie,	— —	Epi h.
?	C ute de cheval,	— —	Ep. lobulé.
H. 45 ans.	Piqûre d'insecte,	4 mois, sourcil.	Ep. calcifié.
H. 48 ans.	Lupus guéri,	20 ans, nuque.	Ep. lobulé.

sérieux : nous rechercherons ensuite sous quelles influences et par quel mécanisme se produit cette transformation, et peut-être serons-nous amenés à nous demander si les glandes contenues dans le nævus ne sont pas le point de départ de sa dégénérescence.

On peut voir se développer sur les nævi plusieurs espèces de tumeurs, dont quelques-unes ont déjà fait le sujet de travaux importants; certaines d'entre elles, celle, par exemple qui a reçu le nom de *nœvus lipomatodes* (1), ainsi que les diverses transformations décrites par Bickersteth (2), Laboulbène (3), Michel (4), etc., sont plutôt des dégénérescences analogues à celles que l'on rencontre dans la plupart des tumeurs ; aussi ne voyons-nous guère à étudier, comme néoplasmes possédant des caractères propres, que le sarcome et l'épithéliome.

La fréquence de ces deux genres de tumeurs est fort inégale, mais, ce qui n'a pas été sans nous causer une assez vive surprise, c'est le peu de concordance entre les indications données à ce sujet par les différents auteurs.

Si l'on en croit les diagnostics indiqués dans les observations que nous avons recueillies, on conclura que la grande majorité des tumeurs développées sur les nævi est de nature sarcomateuse; parmi 57 faits où le diagnostic est indiqué, on trouve en effet 41 sarcomes, et 16 épithéliomes.

1. Larcher (*Gaz. méd.*, Paris, n. 30, 1866).

2. *Large subcutaneous nœvus, in process of undergoing a peculiar transformation* (Monthl. journ., 1853).

3. Sur le nævus en général, etc. (Th. Paris, 1854).

4. Notes sur certaines transformations du tissu caverneux en kyste (*Gaz. méd.*, Paris, 1861, p. 285).

Au contraire, dans la plupart des ouvrages généraux où cette question est étudiée, et spécialement dans les traités de dermatologie, l'opinion admise par les auteurs, sans citer d'ailleurs d'observations personnelles, est que les épithéliomes sont bien plus fréquents.

Ce dernier résultat n'a du reste pas de quoi nous étonner, car parmi les néoplasies cutanées, le sarcome est infiniment moins fréquent que l'épithéliome (204 épithél. et 9 sarcomes dans la collection du laboratoire de l'école de Nantes), et la structure du nævus présente, comme nous le verrons, de très grandes analogies avec celle de la peau. D'ailleurs les observations prises dans la collection du laboratoire d'anatomie pathologique de l'école de Nantes confirment pleinement cette déduction, et, parmi 15 tumeurs développées sur des nævi, trois seulement sont des sarcomes.

Voilà donc deux groupes d'observations qui nous amènent à des conclusions opposées: quelle peut bien être la cause de cette différence ? La première explication qui se présente à l'esprit est que, dans l'un ou l'autre groupe le résultat général a pu être vicié par plusieurs diagnostics erronés. Or, nos tumeurs ont été examinées une première fois. et avec tout le soin possible, au moment de leur ablation; elles l'ont été de nouveau, lorsque nous avons préparé ce travail, et, pour toutes, le diagnostic a été vérifié. Nous ne croyons pas que l'on puisse attribuer au hasard la mlutipli cité de nos épithéliomes, car ils font partie d'une collection qui date de 16 ans, et contient un nombre considérable de tumeurs, aussi la proportion que nous avons trouvée ne doit pas s'éloigner sensiblement de la réalité.

Si notre statistique nous paraît offrir de sérieuses garan-

ties d'exactitude, il n'en est point de même de celle que nous avons tirée des observations déjà publiées; voici en effet les quelques considérations qui nous ont amené à en douter.

D'abord, il est clair que la plupart des diagnostics posés d'après le seul examen à l'œil nu, sont assez souvent sujets à caution ; il n'est pas rare, en effet, d'observer des faits où le diagnostic clinique ou macroscopique s'est trouvé, quelle que fût la compétence de son auteur, infirmé par l'examen histologique (1), et Virchow (2) lui-même consacre l'insuffisance de ce mode d'investigation. A la suite d'une copieuse citation de tumeurs développées sur des nævi, il écrit : « La plupart de ces cas sont désignés comme mélanoses, tu- « meurs mélaniques ou cancers mélaniques, et pour beau- « coup d'entre eux, il est impossible de déterminer à quelle « catégorie ils ont proprement appartenu. Mais il n'y a nul « doute que ces cas n'appartiennent pas tous à la même « catégorie, et qu'il y a parmi eux aussi bien des mélano- « carcinomes que des mélano-sarcomes, et pour quelques- « unes des observations il est encore possible aujourd'hui « de l'établir par les descriptions ». Lui-même, dit-il plus loin, a eu sous les yeux quelques tumeurs mélaniques, et l'examen lui a, dans plusieurs cas, montré parmi elles l'existence de carcinomes (3).

A l'exemple de ce savant histologiste, nous avons essayé de vérifier les diagnostics indiqués dans les observations que

1. Voyez observations VIII, IX, XI, XVI.
2. *Pathol. des tum.*, 1869, tome II, p. 231.
3. *Deutsche Klin.*, 1860, p. 169.

nous avons colligées ; ce contrôle nous a été généralement impossible, sauf pour un très petit nombre, qui contenaient des descriptions détaillées, et s'accompagnaient de planches démonstratives (1) : pour celles-ci, nous avons pu conclure à un diagnostic différent de celui qu'avait indiqué l'auteur : ces tumeurs ne sont point, en effet, des sarcomes, elles nous offrent au contraire un type bien net du carcinome réticulé, tel qu'il a été décrit dans le remarquable travail de Chambard (2), type que nous-même avons plusieurs fois retrouvé parmi nos tumeurs développées sur les *nœvi.*

L'examen microscopique de ces tumeurs n'est pas sans offrir de sérieuses difficultés, qui sont évidemment pour beaucoup dans l'incertitude de leur diagnostic : les caractères des cellules et de la trame s'éloignent de ceux que l'on a l'habitude d'observer, et la confusion entre un carcinome jeune et un sarcome est facilité par ce fait, signalé déjà par Cornil et Trasbot (3), que « les cellules d'épithélium prisma-« tique peuvent être prises pour des éléments fusiformes, et « n'ont plus leurs relations normales avec leurs voisines. »

Il nous semble donc, sans qu'il soit besoin d'insister davantage, que les tumeurs développées sur les nævi sont généralement des épithéliomes : si cependant il subsistait un doute à ce sujet, nous aurions à citer l'opinion qu'un savant histologiste, le professeur Robin, soutenait dans son article sur la mélanose inséré dans le *Dictionnaire de Decham-*

1. Observations citées in th. Michel, Paris, 1886, et reproduites par nous parmi les cas de carcinome réticulé (Obs. IX, X, XI).

2. *Laboratoire d'histologie du Collège de France,* 1878-1879, p. 98.

3. Mém. à l'Acad. de méd., t. XXVIII 1868, p. 351.

bre (1). « Les tumeurs épithéliales papilliformes pigmentées,
« qui ont ainsi pour point de départ évolutif et de leur géné-
« ralisation des verrues colorées et des nævi, représentent
« à peu près la moitié des cas de mélanose observés.

« Il faut se garder de croire, contrairement à ce qu'avance
« Virchow (*Tumeurs*, trad. franç., t. III, p. 225), qu'elles
« sont sarcomateuses, c'est-à-dire fibro-plastiques ou de la
« nature du tissu cellulaire, et que les espèces de verrues
« et de nævi dont il a été question plus haut se transfor-
« ment en sarcomes pigmentés ou non. »

Il est vrai que cet auteur explique l'erreur commise par l'aspect à l'œil nu des tumeurs, et au microscope, par la prédominance souvent marquée dans les petites tumeurs, des fibres conjonctives sur les éléments épithéliaux.

Si nous nous sommes permis d'insister longuement dans ces préliminaires sur la fréquence relative des épithéliomes et des sarcomes développés sur les nævi, c'est que nous voulons ici faire pour les tumeurs du genre épithéliome, ce que d'autres ont fait avant nous dans plusieurs études d'ensemble ou de détail pour les tumeurs sarcomateuses.

Voici quel sera le plan de notre travail :

Après avoir examiné s'il y a dans le nævus quelques altérations de structure pouvant causer sa dégénérescence, nous passerons en revue les principales opinions émises à ce sujet. Nous exposerons ensuite les observations que nous avons recueillies, en insistant sur l'examen histologique dans les cas où il nous a été possible de le pratiquer. Cet examen nous conduira à nous demander si l'épithéliome

1. *Dict. des sc. méd.*, 2e série, tome 6, page 396.

affecte un type spécial lorsqu'il se développe sur le nævus ; enfin nous terminerons par un aperçu clinique et statistique.

Pour faire cette étude, nous nous servirons principalement des faits recueillis dans la riche collection du laboratoire d'anatomie pathologique de l'école de Nantes, que notre excellent maître, M. le professeur Malherbe, a bien voulu mettre à notre disposition, en ne nous ménageant, pour en tirer le parti le plus instructif possible, ni ses bienveillants conseils, ni ses savantes leçons.

Nous compléterons ces données par celles que nous aurons trouvées dans les différents auteurs ; nous nous efforcerons de tracer une histoire précise de cette tumeur, qui pour n'avoir pas fait, jusqu'à présent, l'objet d'un travail spécial, n'en est pas moins, à tous les points de vue, digne de fixer l'attention des anatomo-pathologistes.

Nous avons tenu, pour compléter nos descriptions histologiques, la plupart du temps insuffisantes, à faire reproduire quelques-unes de nos préparations les plus probantes, et M. S. Bonjour, qui veut bien mettre à la disposition des travailleurs du Laboratoire sa complaisance inépuisable, nous a gravé directement sur pierre, avec son habileté de micrographe incomparable, les planches qui se trouvent à la fin de ce travail. L'une d'entre elles a été photographiée par M. le professeur Ménier, qui nous en a abandonné le cliché.

Nous prions M. le professeur Matthias Duval qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse d'agréer ici l'expression de notre sincère et respectueuse gratitude.

CHAPITRE II

DU NÆVUS.

On entend généralement par nævus une petite production, le plus souvent congénitale, pouvant d'ailleurs affecter plusieurs formes diverses, et occuper sur la surface cutanée une étendue et un siège des plus variables.

Il en existe deux espèces principales : les nævi pigmentaires et les nævi vasculaires.

Les premiers sont essentiellement caractérisés par : 1° leur congénitalité ; 2° l'hypertrophie souvent considérable à leur niveau du derme ou de l'épiderme ; 3° la présence de granulations pigmentaires dans le corps muqueux de Malpighi et même fréquemment dans le derme.

Les nævi vasculaires, angiomes, ou taches érectiles, sont constitués par la prolifération, quelquefois énorme, du tissu vasculaire, et spécialement par l'augmentation et la déformation du calibre des capillaires cutanés. Leur volume est souvent considérable à l'époque de la naissance, mais il n'est pas rare de les voir diminuer à mesure que l'enfant avance en âge, de sorte qu'on ne les voit plus à l'âge adulte (1). Par

1. Broca. *Traité des tumeurs*, t. II, première partie, p. 233 (1866). — Holmes Coote. *On nævi materni. Lond. med. Gaz.*, deuxième série, vol. X, p. 415 (1850). — Larcher. *Dict. Dechambre*, article Nævus (1876).

contre leur volume n'augmente pas souvent, et leur dégénérescence en tumeurs malignes est exceptionnelle : malgré quelques faits isolés, Virchow (1) la met en doute : « Na-« guère, dit-il, on a beaucoup discuté la possibilité de la « dégénérescence des télangiectasies en cancer. Les obser-« vations des chirurgiens modernes sont peu favorables à « cette opinion. »

Lancereaux (2) est bien plus affirmatif : « Elles n'ont, dit-« il, pas plus que toutes les tumeurs conjonctives, de ten-« dance à se transformer en tumeurs malignes ; elles ne sont « aptes ni à récidiver, ni à se généraliser. Ce qu'on a dit de « leur transformation en mélanose n'est pas prouvé. »

Les nævi pigmentaires n'ont pas à ce point de vue la bénignité des premiers. On peut en dire en général ce que Virchow (3) disait des nævi charnus, et nous démontrerons plus loin cette vérité, par de nombreuses observations, tant inédites que déjà connues.

La constatation que nous avons pu faire ainsi, de la fréquence du développement de tumeurs malignes sur les nævi nous a amenés à nous demander si l'on ne pourrait pas trouver l'explication de ce fait dans certaines anomalies portant sur les différents organes qui constituent le nævus.

Nous avons repris à ce point de vue l'étude microscopique du nævus, faite déjà dans plusieurs travaux sur le développement du sarcome, et nous nous sommes surtout occupés des faits qui peuvent expliquer le développement des tumeurs

1. *Path. des tum.*, tome IV, page 117.
2. *Traité d'anatomie pathol.*
3. *Loco citato.*

du genre épithéliome, celles que nous avons le plus souvent constatées.

Il résulte de notre examen microscopique de plusieurs nævi pigmentaires que chacune des parties constituantes de ces petites tumeurs présente des particularités de structure qui les différencient nettement de leurs analogues dans la peau normale.

L'épiderme n'offre rien de spécial dans sa couche cornée, mais le corps muqueux de Malpighi a souvent subi les altérations de forme et de pigmentation suivantes.

Il a une épaisseur générale plus grande, il envoie entre les papilles du derme des digitations considérables dont les cellules sont pigmentées de la façon la plus irrégulière : plusieurs d'entre elles contiennent d'assez gros blocs de pigment et peut-être y a-t-il de petites masses pigmentaires déposées entre les cellules; enfin les cellules du corps muqueux ne paraissent pas avoir leur régularité habituelle.

Le derme du nævus peut être le siège de trois altérations, l'une à peu près constante, les deux autres plus ou moins fréquentes : ce sont : une pigmentation spéciale et presque habituelle dans cette production, des modifications de structure et d'aspect des glandes, et, enfin, parfois, une infiltration de cellules embryonnaires.

Les papilles, qui ont le double ou même le triple de leurs dimensions normales, sont constituées par du tissu conjonctif homogène, bien coloré par le carmin : dans beaucoup d'entre elles, se voient des amas de substance pigmentaire, tantôt informes, et tantôt rappelant jusqu'à un certain point la disposition des cellules fixes du tissu conjonctif. Le rapport de ces masses pigmentaires avec les cellules est fort

difficile à préciser : tantôt elles paraissent manifestement contenues dans une ou plusieurs cellules juxtaposées, tantôt elles forment des blocs trop gros pour qu'on puisse les croire situés à l'intérieur d'une cellule. Il faut donc admettre, ou qu'il y a du pigment intercellulaire libre dans l'épaisseur du tissu, ou qu'un certain nombre de cellules pigmentées sont accolées pour former une masse unique.

La distribution des amas pigmentaires n'offre d'ailleurs aucune régularité. Tandis que le derme de certaines papilles ne présente que quelques grains mélaniques, d'autres nous offrent un véritable réseau de corpuscules pigmentaires. En d'autres endroits la matière colorante est assez disséminée pour former des taches brunes de tous les tons.

La couche profonde du derme contient aussi des blocs pigmentaires plus petits, mais surtout beaucoup plus rares : on en trouve jusqu'à une distance de 250-300 μ. du sommet des papilles.

Les corpuscules pigmentaires affectent assez volontiers un rapport sur lequel nous croyons utile d'insister : sur un grand nombre de nos coupes, appartenant à des nævi de forme et d'aspect divers, les granulations mélaniques paraissent en effet en connexion intime avec les vaisseaux ; tantôt on les dirait contenues au milieu même des capillaires cutanés, tantôt elles sont plutôt comprises dans l'épaisseur de leurs parois.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît y avoir là l'expression d'une lésion de la paroi vasculaire, qui expliquerait, ainsi que nous le verrons plus loin, pourquoi les tumeurs développées dans ces tissus présentent une malignité souvent considérable.

Les glandes sudoripares présentent, dans leur portion glomérulaire surtout, plusieurs anomalies. Le tissu adipeux qui les entoure est généralement absent ou tout au moins très réduit. Le calibre est diminué ; cependant, dans l'une de nos préparations nous voyons un cul-de-sac très dilaté.

La paroi du tube glandulaire est souvent plus épaisse qu'à l'état normal, d'autres fois, l'un ou les deux rangs de cellules fait défaut en partie ou en totalité.

Le contenu est quelquefois formé de cellules colloïdes, ou d'une sorte de matière hyaline comparable à ce qu'on trouve dans les reins scléreux (cylindres hyalins) (Pl. I. Fig. 1).

La présence d'un nombre considérable de cellules embryonnaires n'a été constatée par nous que dans un seul nævus ; elle s'accompagnait d'une disposition particulière, qui n'a pas, que nous sachions, été décrite.

Au-dessous et immédiatement à la base des papilles, commence dans ce nœvus une zône d'infiltration embryonnaire s'étendant en profondeur jusqu'à une distance d'environ, 500 μ. : à cet endroit, elle se termine assez régulièrement pour faire place aux faisceaux conjonctifs normaux, mais, du côté de la surface, elle n'a pas de ligne de démarcation bien nette ; en plusieurs points elle pousse des prolongements jusque dans les papilles mêmes, peut-être le long des vaisseaux.

Cette zône embryonnaire est constituée par des amas allongés affectant toutes les directions, comme si les faisceaux conjonctifs s'étaient transformés en tissu embryonnaire.

Dans quelques points, au voisinage de la surface, ces traînées de cellules embryonnaires deviennent confluentes et

présentent un aspect que l'on pourrait comparer à la coupe d'un ganglion lymphatique légèrement scléreux.

On voit au milieu de ce tissu un grand nombre de fentes vasculaires à parois fort délicates et souvent pigmentées.

Il est certain qu'ici l'on se croirait au début de la transformation sarcomateuse d'un nævus, d'autant plus que ni les glandes, ni les follicules pileux ne nous paraissent présenter de lésions bien nettes.

En somme, de notre coup d'œil jeté sur la structure du nævus, il ressort que la pigmentation très exagérée, l'altération du derme et de ses glandes en font des productions anormales : de là à conclure qu'ils peuvent se transformer en des tumeurs dont ils sont déjà comme une ébauche, il n'y a qu'un pas ; et cependant, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, c'est seulement depuis un demi-siècle que ce pas a été fait, cliniquement du moins, car la raison histologique des transformations du nœvus ne date que de ces dernières années.

CHAPITRE III.

HISTORIQUE.

Nous n'avons point ici l'intention de reproduire, ni même de rappeler, par ordre de date, les observations de tumeurs développées sur les nævi ; nous voulons seulement, en citant les cas les plus intéressants, insister surtout sur les opinions qui ont été professées par les différents auteurs à l'endroit de la nature et du pronostic de ces tumeurs.

Le premier qui paraisse avoir entrevu la transformation possible des nævi en tumeurs malignes est vraisemblablement Plenk (1). Encore assimile-t-il plutôt en général les nævi à des sarcomes : « *Nœvi maligni, qui vera sarcomata sunt.* »

Ensuite il s'écoule un laps de temps assez long, avant qu'une observation soit citée, cependant les auteurs qui s'occupent à ce moment de la genèse du cancer formulent quelques propositions générales qui sembleraient avoir été inspirées par la constation de cas analogues : ainsi Biessy (2) admet que l'une des causes du cancer est la dégénérescence particulière d'une tumeur qui n'avait pas de caractères cancéreux au début.

1. *Doctrina de morbis cutaneis. Viennœ*, 1776, p. 35.

2. *Considérations physiologico-médicales sur le cancer avec tumeur primitive*, 1806.

Roux (1) généralise l'idée de Biessy; pour lui le cancer est constamment précédé d'une altération organique d'un tissu.

La première observation est due à Wardrop (2) : il s'agit d'un nævus de l'abdomen, qui, chez une jeune fille de 12 ans, s'était transformé en fungus hématode.

C'est également la dégénérescence d'un nævus en fungus hématode qui fait le sujet de l'observation très intéressante publiée par W. Lawrence (3), avec une relation détaillée de l'autopsie. Mais cet auteur, pas plus que le précédent, ne paraît avoir une opinion générale.

Boyer (4), s'appuyant sur sa pratique personnelle, dit que, si l'on peut voir des nævi vasculaires dégénérer en fungus, ceux-ci ne présentent jamais de danger.

Norris (5) est le premier qui ait insisté, d'après un cas observé par lui, sur le rôle de l'hérédité intervenant dans l'histoire des tumeurs développées sur les nævi.

Breschet (6) appelle l'attention sur un autre point de l'étiologie de ces tumeurs; il dit en effet que les nævi sont susceptibles de dégénérer, mais seulement si on les irrite.

Malgré ces remarques, assez concluantes, semble-t-il, tous

1. *Mélanges de chirurgie et de physiologie*, 1809.

2. *Observations on fungus hematodes or soft Cancer in several of the most important organ of the humany body*, Edinburg, 1809, p. 189.

3. *Medico-chirurgical Transactions publicated by medical and chirurgical Society of London*, page 285, 1812.

4. *Traité des maladies chirurgicales*, II, p. 339, 1818.

5. *Edimb. med. and Surg. Journ.*, 1820, octobre, p. 562.

6. *Dict. de médecine*, juin 1826. T. XV.

les auteurs étaient loin d'admettre en principe la gravité fréquente des *nœvi* dégénérés, et au temps même où, dans différents ouvrages, Schilling (1) et Williams (2) apportaient de nouvelles preuves de la connexion des nœvi avec les tumeurs, Alibert citait plusieurs observations de mélanose généralisée (3), consécutive à un nævus, évoluant depuis des années, sans causer le moindre trouble de la santé générale.

Tous ces faits étaient sans doute passés inaperçus, car les auteurs des dictionnaires parus à cette époque ne semblent pas en avoir eu connaissance. Cazenave (4) rappelant qu'il a personnellement observé trois cas de mélanose débutant par des nævi, dit que ce cas doit se présenter fréquemment mais qu'il n'attire pas l'attention. Bégin (5) et Behier (6) citent chacun un cas de ce genre (7), et Bégin exprime ainsi son opinion sur le pronostic des nævi : « Lorsque, dit-il, ils « existent depuis quelque temps, qu'on les irrite à diverses « reprises, qu'on multiplie d'infructueuses tentatives pour

1. *De melanosi.* Diss. inaug. Virceburg, 1831, p. 34.

2. *Trans. of the Prov. med. and Surg. Assoc.* Lond. vol. I, page 244.

3. Une entre autres concerne un jeune homme ayant eu 12 nævi sur le cou et la face : 4 d'entre eux étant proéminents, il se les fait couper et irrite les autres : il en vient un nombre considérable. Pourtant la santé resta bonne (*Monographie des mal. de la peau*, II, p. 231.

4. *Repert. gén. de méd.*, art. *Mélanose.*

5. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, VII, 444.

6. *Arch. génér. de méd.*, 1839.

7. Voir les observations LXXIX et CVII.

« les détruire, il est utile de faire remarquer qu'alors la « matière cancéreuse semble s'y développer. »

Roux (1) constate aussi lui que les nævi peuvent donner naissance à des tumeurs fongueuses.

Pemberton (2) et avant lui Cœlen (3), Berend (4) et Troltsch (5), citent un certain nombre de cas analogues, mais c'est surtout Paget (6) qui poussa le plus loin cette étude.

En même temps les dermatologistes s'occupent de cette question, plus ou moins incidemment; il en est cependant encore qui, à ce point de vue, assimilent les nævi aux autres productions cutanées : « Les altérations innées de la peau, « écrit Devergie (7), peuvent rester stationnaires ou pren- « dre tout à coup un certain accroissement à la suite de « grattages. »

Quelques cas, comme celui d'Houel (8) et d'Angelot (9) mentionnent des tumeurs mélaniques ganglionnaires qu'ils considèrent comme primitives, mais si l'on en rapproche des observations, comme celles de Léger et Petel (10), où le

1. *Répertoire génér. des sciences médic.* (1844).

2. *Observations on the pathology, history and treatment of cancerous diseases.* Part. I. Melanosis. Lond., 1858, p. 3 et 19.

3. *Diss. inaug. continens nonnullas observationes in clinico chirurgico Cl. Brœrs factas Harlemi,* 1847, p. 95.

4. *Casper's Wochensch.,* 1849, n. 32, p. 505.

5. *Ein Fall von Cancer melan.* Inaug. Abh. Augs., 1857.

6. *Lectures on Surg. Path.,* V. II, p. 490, 1863.

7. *Maladies de la peau,* p. 796, 1857.

8. *Bull. Soc. anat.,* 1867.

9. *Idem.* 1872.

10. *Soc. anat.,* 15 mars 1875.

nævus primitif avait passé inaperçu, on en conclura que les infections ganglionnaires primitives sont rares, si même elles existent.

Il est donc déjà bien établi que des tumeurs malignes peuvent se développer sur les nævi, mais avec l'application du microscope à l'anatomie pathologique, va surgir une nouvelle question, qui désormais divisera les anatomo-pathologistes en deux camps opposés.

Le plus grand nombre en effet soutient que les néoplasmes développés sur les nævi sont de nature sarcomateuse, quelques-uns les considèrent tous ou presque tous comme des tumeurs épithéliales.

Les premiers qui se sont occupés de cette question, Cornil et Trasbot, et Virchow inclinent fortement vers la nature sarcomateuse de ces tumeurs ; cependant, tandis que Virchow (1) considérait les tumeurs épithéliales comme pouvant exister sur les nævi, Cornil et Trasbot (2) n'ont trouvé dans leurs recherches, portant sur sept cas de mélanoses chez l'homme, que des sarcomes. Ils reconnaissent cependant qu'il n'est pas rare de voir des éléments embryonnaires et épithéliaux, dans une même tumeur, qui alors appartiendrait au type le plus élevé.

Virchow ne se contente pas d'indiquer la possibilité de la dégénérescence des nævi en tumeurs malignes, il lui assigne des causes, les unes déjà connues, les autres dont il est le premier à avoir invoqué l'influence, telles par exemple celle des maladies éruptives.

1. *Pathologie des tumeurs*, T. IV, 1869.
2. *Mémoire à l'Académie de médecine* (*loc. cit.*).

Robin (1) représente pour nous le champion des tumeurs épithéliales ; de même qu'il a rattaché le carcinome à l'épithéliome, il n'admet, sur les nævi, que le développement des épithéliomes et il explique d'ailleurs l'erreur commise avant lui par la présence dans les épithéliomes développés sur les nævi, d'une quantité plus ou moins grande de cellules embryonnaires.

Mason (2) est, croyons-nous, le premier auteur qui ait observé une tumeur mélanique développée près d'un nævus, ailleurs que dans un ganglion, c'est un fait que nous citons ici, précisément à cause de sa rareté.

Heurtaux (3) se basant tant sur ses observations personnelles que sur celles tirées des auteurs, admet comme les plus fréquentes les tumeurs sarcomateuses, mais il laisse entendre que pour sa part, il est plutôt partisan de l'innocuité des nævi « au moins pour un temps fort long. »

Telle n'est point l'opinion de White (4) et Wyeth (5). Ces auteurs se rangent plutôt à l'avis de Robin.

« L'épithéliome superficiel, dit White, débute souvent « par une petite production que le malade considère comme « un bouton insignifiant, *ou peut-être, avec plus de raison*, « comme une verrue ou un grain de beauté existant depuis « une époque dont il n'a plus le souvenir, car cette forme

1. *Dict. de Dechambre*, artic. *Mélanoses*, 1873.
2. *Brit. méd. Journ.*, 1873, p. 393.
3. *Dict. Jaccoud.* art. *Mélanoses*, 1876.
4. Dr James C. White *in Encycl. internat. de chirurgie*, T. III, p. 74 (Traduc. franç. du Dr Eug. Rochefort) (1879).
5. Dr John A. Wyeth, *idem*, pp. 487 et 474. Trad. franç. de Dr E. de la Harpe.

« du mal a *souvent* pour siège et pour origine une de ces « inoffensives tumeurs. »

« Les nævus, écrit S. John Wyeth, peuvent, sous l'in- « fluence d'une irritation, s'enflammer, s'ulcérer, ou se « transformer en tumeurs malignes. On a fréquemment « décrit des carcinomes, surtout mélaniques, qui s'étaient « développés sur un nævus pigmentaire enflammé. »

Ailleurs cet auteur rappelle les observations de J. Müller (1) et du Dr Stiles (2) et cite deux cas rapportés par Monod et Weber (3), de tumeurs complexes, dont la seconde, à en juger par quelques détails de l'examen microscopique, contenait probablement quelques points sarcomateux.

A la même époque, Vazeilles (4) donne comme explication de la transformation épithéliale des nævi, assez fréquente selon lui, quoique lointaine, la saillie de ces productions, cause d'irritation, les anfractuosités où s'accumulent les corps étrangers, le manque de soin de propreté, et peut-être aussi la présence de la mélanine.

Chambard (5) crée l'espèce carcinome réticulé qu'il considère comme le type de l'épithéliome consécutif aux productions congénitales, et il appelle particulièrement l'attention sur la transformation des nævi en tumeurs mélaniques. Il distingue trois phases dans l'évolution de ces tumeurs :

1. Observation d'angiome récidivant.

2. *Dégénérescence mélanique d'un nævus congénital chez une femme de 40 ans.*

3. Note sur une tumeur à la fois télangiectasique, graisseuse et fibroïde (*Müller's Archiv.*, 1851, p. 74).

4. Th. Paris, 1879.

5. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1883, p. 67.

1° lentes et méconnues pendant plusieurs années ; 2° accroissement rapide sur place ; 3° envahissement et ulcération. Enfin, il conseille de surveiller les néoplasmes congénitaux de la peau.

Dans ces dernières années toutes les questions théoriques se rattachant aux tumeurs développées sur les nævi semblent être du ressort exclusif des dermatologistes ; si en effet, nous en trouvons jusqu'en 1890, de nombreuses observations, leur pathogenèse et leur étiologie ne sont plus étudiées que dans les traités spéciaux, qui ne renferment pas d'ailleurs beaucoup d'idées nouvelles.

Picot (1) est partisan de la dégénérescence épithéliale : « L'épithéliome mélanique, écrit-il, s'observe souvent à la « peau, autour des spilis ou grains de beauté, sur les verrues « et les nævi vasculaires ; il forme ces productions que « l'on appelle aussi cancers mélaniques. »

Guibout (2) est du même avis, et Christiani (3) dans son excellente étude sur les néoplasmes congénitaux reconnaît l'influence des nævi sur le développement des tumeurs malignes : « On sait, dit-il, que de petits nævus, qui sont restés « pendant 30 ou 40 ans avec leur volume normal, peuvent « à un moment donné s'accroître et atteindre des dimen- « sions considérables ; plus encore, ces tumeurs, qui étaient « on ne peut plus bénignes, peuvent prendre les caractères « les plus marqués de malignité et produire des métastases « et la mort. »

1. *Les grands processus morbides*, p. 168, 1874.

2. *Diagnostic et traitement des maladies de la peau*, 1885.

3. *Mémoire à l'Acad. de méd. de Paris*, 1889. — *Journ. de l'Anatomie et de la Physiol.*, juillet 1891.

En 1890 et 1891, peu de travaux ont paru sur ce sujet, et la question des néoplasmes d'origine congénitale semble retomber dans l'oubli : nous avons fouillé les journaux français et quelques publications étrangères sans rencontrer d'observations et un seul auteur, M. Brocq (1), s'occupe des tumeurs développées sur les nævi, mais c'est pour confondre le cancer mélanique avec le sarcome mélanique ; d'ailleurs, dans cette partie peu considérable de son ouvrage, il s'inspire comme il le dit lui-même de la thèse de Perrin (2), sur la sarcomatose cutanée, et n'exprime aucune idée personnelle.

Nous n'avons pas, à dessein, cité dans cette longue énumération, l'opinion de notre maître, M. le Dr Malherbe ; nous dirons seulement, avant de terminer cette esquisse historique, que, de tous les cas observés dans notre région, des pièces conservées par ses soins et étudiées sous sa direction dans le laboratoire d'anatomie pathologique de l'école de médecine de Nantes, il ressort ce fait, déjà signalé plus haut, et que nous considérons comme démontré, que l'épithéliome est la tumeur la plus fréquemment développée sur les nævi ; ses caractères ne seront point exposés ici, puisque leur étude fait l'objet de notre travail.

1. *Tr. des maladies de la peau*, 1890.
2. Th. Paris, 1886.

CHAPITRE IV.

OBSERVATIONS.

Nos observations d'épithéliomes développées sur les *nævi* sont au nombre de 34, parmi celles-ci 14 appartiennent à la collection du laboratoire d'anatomie pathologique de l'école de Nantes.

Nous avons classé ces faits d'après le diagnostic fait par l'auteur, ou lorsqu'il y a lieu d'après celui que nous avons posé. Nous aurons ainsi les groupes suivants :

Epithéliome lobulé.

Epithéliomes tubulés.

Carcinomes réticulés.

Carcinomes mélaniques.

Nous y ajouterons quelques observations où le diagnostic de l'espèce de l'épithéliome n'a pas été fait, nous terminerons en citant trois cas de tumeurs composées, d'après l'opinion des auteurs de ces observations, de deux genres différents : carcinomes et sarcomes, et deux cas de carcinomes non plus développés *sur des nævi*, mais survenus *chez* des gens porteurs de *nævi*, et occupant un siège éloigné de la production congénitale.

Après chacun de ces groupes nous placerons les quelques remarques de détail que nous croirons pouvoir y faire, nous

réservant de les envisager d'une manière plus générale, lorsque nous étudierons l'histoire clinique de ces tumeurs.

Nous avons cru utile de citer sous forme d'appendice, un assez grand nombre de sarcomes ou de tumeurs d'un diagnostic incertain, développés sur les nævi : d'abord parce que, comme nous l'avons dit ailleurs, nous avons de fortes raisons de croire d'une manière générale à l'existence parmi ces cas d'un très grand nombre d'épithéliomes, ensuite parce que nous aurons plusieurs fois, dans le courant de ce travail, à faire allusion à quelques-uns de ces faits pris en particulier, ou à leur ensemble.

SECTION I

I. — Epithéliome lobulé.

Observation I

Ep. lobulé de la lèvre supérieure (*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1881, pièce nº 117).

Femme de 48 ans, portait depuis l'enfance un nœvus à la lèvre supérieure.

Depuis 15 à 18 ans, s'y est développée une tumeur.

Ablation par M. Heurtaux le 30 novembre 1881.

L'examen histologique montre une forme intermédiaire entre l'épithéliome tubulé et l'épithéliome lobulé. Cette forme n'est d'ailleurs pas rare. Elle est caractérisée par la présence de quelques globes épidermiques au milieu de masses épithéliomateuses à cellules petites, ayant tendance à s'enfon-

cer, entraînées dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif, présentant en un mot les caractères de l'épithéliome tubulé. On trouve dans la trame un assez grand nombre de fibres élastiques.

En voyant la longue durée de la maladie, nous n'avons pas été surpris de trouver cette structure. On sait en effet qu'à la face les épithéliomes tubulés ont une marche généralement beaucoup plus lente que les épithéliomes lobulés.

N. B. — Un examen ultérieur et plus approfondi nous a montré un nombre de globes épidermiques suffisant pour que nous croyions avoir affaire à un épithéliome lobulé.

Nous avons vu de plus quelques glandes sudoripares gonflées, remplies de cellules et déformées.

II. — *Epithéliomes tubulés.*

Observation II.

Epithéliome tubulé.

Femme de 31 ans, bien portante, a eu la syphilis pour laquelle elle est soignée par M. Gailleton.

Elle porte à la cuisse une petite tumeur, d'origine congénitale, papillomateuse, molle, de la grosseur d'un noyau de cerise.

Ablation.

Examen. — Profondément on trouve du tissu conjonctif, avec des artères et des veines. Dans le derme, sur des coupes parallèles à la surface de la peau on voit des cellules polyédriques, à gros noyau nucléolé, soudées entre elles,

réunies en boyaux pleins cylindriques. C'est donc un épithéliome tubulé : on trouve ailleurs des cellules semblables infiltrées. Dans les régions superficielles du derme, se voient des alvéoles carcinomateux.

Chambard. — *Annales de dermatol. et de syphiligr.*, p. 67, 1883.

Observation III

Épithéliome tubulé de la peau.
(*Bull. de la Société anat. path. de Nantes*, 1889, pièce nº 240).

Femme de soixante ans.

Portait un nævus congénital à la poitrine, en dedans et au-dessus du sein droit.

Il s'y développa une tumeur qui grossit surtout depuis 18 mois, sans atteindre toutefois un volume supérieur à celui d'une noisette.

Ablation par M. Malherbe.

Il s'agit, d'après examen microscopique, d'un épithéliome pavimenteux tubulé à cellules très nettes. Il existe une trame muqueuse assez prononcée en certains points.

Observation IV

Epithéliome tubulé de la région orbitaire.
(*Bull. de la Soc. anat. path. de Nantes*, 1884, pièce nº 139).

Femme de cinquante-huit ans.

Avait au bord externe de l'orbite droit une petite production congénitale.

Une tumeur s'y développa il y a 4 ans.

Ablation par M. Heurtaux le 5 octobre.

La tumeur forme une petite masse peu saillante, exulcérée à la surface.

L'examen des coupes colorées au carmin montre des amas de cellules épithéliales disséminées au milieu d'une trame conjonctive. Les cellules épithéliales, formant ces masses, sont très petites, munies d'un noyau qui, à lui seul, constitue presque tout l'élément, et tellement tassées les unes contre les autres que c'est à peine si dans quelques points on peut distinguer leurs limites.

Les amas qu'elles forment sont vivement colorés par le carmin et tranchent fortement sur la trame qui se colore fort peu.

Ces amas n'ont presque nulle part de tendance vers l'état épidermique ; cependant en un ou deux points nous avons trouvé des ébauches de globes.

La trame de la tumeur varie un peu selon le point que l'on examine ; formée dans les parties profondes de la tumeur de fibres conjonctives peu volumineuses, mais encore colorables par le carmin, elle se compose dans les parties superficielles d'un tissu granuleux non colorable, contenant des fibrilles recourbées analogues à des fibres élastiques.

En résumé, d'après sa disposition générale, cette tumeur constitue un type d'épithéliome tubulé.

III. — *Carcinomes réticulés.*

Observation V

Carcinome réticulé de l'avant-bras.
(*Bull. de la Soc. anat. path. de Nantes*, 1881, pièces nos 59, 59 *bis*).

N..., portant un nævus pigmenté de l'avant-bras.

Il s'y développe trois tumeurs.

L'une sur place de la grosseur du poing.

Des deux autres plus petites, l'une siège au voisinage du nerf cubital qui était étalé sur elle ; l'autre à la partie supérieure de l'avant-bras.

Ablation par M. Heurtaux à quelques jours de distance.

L'examen histologique des coupes faites sur la grosse tumeur montre que, dans les parties où le tissu est le mieux développé, il est constitué par une trame alvéolaire très délicate dans laquelle sont contenues des cellules qui, par places, sont très franchement épithélioïdes, ailleurs ressemblent aux grandes cellules multinucléées de certains sarcomes fuso-cellulaires. Tous ces éléments, de forme assez variable, sont remarquables par la quantité considérable de protoplasma qui entoure le ou les noyaux. Ces derniers, très volumineux, contiennent souvent plusieurs nucléoles (Pl. II. Fig. 1 et 2).

La forme générale des cellules est très variable : cependant les formes en fuseau et en raquette prédominent. Jamais les cellules ne sont bien nettement soudées ensemble. La trame est constituée par des faisceaux fibreux assez épais et bien développés dans les parties les moins avancées

de la tumeur. Ailleurs, elle consiste en fibrilles très délicates. L'examen des capillaires assez peu volumineux du tissu pathologique montre que ces vaisseaux suivent les tractus de la trame. Jamais nous ne les avons vus au milieu des cellules remplissant les alvéoles. Cette dernière observation a levé nos hésitations sur la nature de la tumeur qui pouvait être considérée, soit comme un sarcome alvéolaire, soit comme un carcinome.

La disposition des vaisseaux et l'aspect suffisamment épithélioïde des cellules dans certaines de nos préparations nous ont déterminé à adopter le diagnostic de carcinome.

Observation VI

Carcinome réticulé de l'avant-bras.

(*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1882, pièce nº 100).

Homme de 40 ans portait depuis sa jeunesse une tache sur l'avant-bras.

Depuis deux ans, accroissement et ganglions axillaires.

Au moment de l'entrée du malade, la tumeur forme un fungus un peu plus gros que le poing.

Ablation de la tumeur et des ganglions par M. Heurtaux.

A la coupe du tissu on voit un suc abondant et l'aspect du carcinome encéphaloïde. Avant de décrire l'aspect microscopique du tissu, disons que le malade est rentré, en juin 1883, avec des tumeurs dans le foie et dans les reins et qu'il est mort de cachexie cancéreuse.

Examen microscopique. — Les coupes de la tumeur ont, par suite de la chute de l'épiderme en certains points, l'aspect

d'une fine dentelle soutenue par d'assez grosses travées fibreuses. A l'examen microscopique, on voit des amas de cellules très volumineuses ayant un, deux, trois noyaux, ou même davantage. Ces grosses cellules sont tantôt sphéroïdales, tantôt polyédriques. Leur caractère épithélial est très net. Elles sont soutenues par une trame alvéolaire très délicate, qui elle-même se relie à de gros faisceaux fibreux très denses, mais par places infiltrés de petites cellules. La trame possède des vaisseaux de volume moyen et assez peu nombreux. Cependant, au milieu d'une travée fibreuse, nous rencontrons une grosse artère. Dans quelques points, la trame est envahie par des éléments embryonnaires petits et arrondis, de sorte que l'on observe un mélange assez curieux de grosses cellules épithéliales et de petites cellules embryonnaires.

En résumé, la tumeur est, malgré la présence de quelques bandes fibreuses, un carcinome encéphaloïde d'un très beau type.

Observation VII

Carcinome réticulé (*Bull. de la Soc. anat, path. Nantes*, 1886, pièce n° 54).

Femme de 45 ans, portait sur la joue un nævus poilu très développé.

Une ulcération survint sur ce nævus : M. le Dr Lacambre, la jugeant suspecte, la cautérisa et la guérit vers le mois de novembre 1885.

L'ulcération ne se reproduisit pas, mais il survint un ganglion près de l'angle de la mâchoire.

fut enlevé par M. le Dr Malherbe.

La plaie guérit par première intention; mais, une quinzaine de jours après, la malade fut prise d'accidents cérébraux, de coma, et mourut.

Il s'était fait probablement une généralisation du côté des centres nerveux.

Le ganglion enlevé est noirâtre : examiné au microscope, il paraît constitué par un très remarquable tissu carcinomateux. Les cellules, de moyenne grandeur, sont contenues dans une trame alvéolaire délicate, mais très nette (Pl. I. Fig. 1). Çà et là, le tissu ganglionnaire, avec les petites cellules et sa trame réticulée, est assez bien conservé. Certains points de la tumeur sont pigmentés; d'autres sont en dégénérescence graisseuse, et d'autres nécrobiosés.

Il s'agit ici d'un carcinome réticulé, mélanique.

Observation VIII

Carcinome réticulé.

Homme de 25 ans.

Porte depuis l'enfance au niveau de la neuvième vertèbre dorsale une tumeur sessile, aplatie, de consistance molle.

Cette tumeur a commencé à grossir il y a 7 ans. Son développement est surtout rapide depuis 8 mois, sa surface est ulcérée. Elle est indolente.

Les ganglions sont sains.

M. Trélat en pratique l'ablation.

L'examen microscopique confié à M. Chambard peut se résumer dans les lignes suivantes, empruntées à l'auteur :

« Elle est formée d'alvéoles séparées par les mailles d'un

tissu lamelliforme. Ces alvéoles se réunissent en lobules que limitent des travées conjonctives souvent fort minces ; enfin les lobules sont groupés en lobes entre lesquels sont interposées des travées fibreuses d'une épaisseur généralement plus considérable. »

En somme, bien qu'elle parût de nature sarcomateuse à l'examen macroscopique, cette tumeur est un carcinome primitif de la peau, appartenant au type réticulé.

Laboratoire d'histologie du collège de France, 1878-1879, page 98 et planche IV.

Observation IX

Carcinome réticulé.

Marie B..., 58 ans.

Antécédents. — Son père est mort de gastrite chronique. Elle a eu trois enfants, dont deux sont morts. Elle porte à la région malaire un *nœvus* pigmenté, congénital, non saillant.

En mars 1886 ce *nœvus* grossit et devient le siège de démangeaisons. De fréquents grattages amenèrent l'issue de quelques gouttes de sang.

Une tumeur vient en ce point, s'accroît pendant huit mois ; à ce moment elle était grosse comme un pois et avait une coloration brune. Sous l'influence d'un choc l'augmentation devient très rapide.

Le 26 décembre. — Elle entre à l'hôpital.

La tumeur est brune, de la grosseur d'un œuf de pigeon, mobile ; elle est le siège de douleurs intermittentes ; elle repose sur une base non indurée.

Plusieurs ganglions, à la région carotidienne, mobiles, profonds, dont le développement remonte à une époque indéterminée.

Diagnostic clinique. — Sarcome mélanique.

Opération le 26 décembre, excision dans les tissus sains, ablation du ganglion.

Cicatrisation complète et sortie le 9 janvier.

Le 17 janvier. — La portion moyenne de la cicatrice présente une ulcération à bords décollés, large comme une pièce de 20 centimes.

Le 27 janvier. — Guérison, mais au bas de la cicatrice apparaît un point noir.

Le 29 mai. — Le point noir a fait place à une tumeur de la grosseur d'un pois, une autre, adhérente, indolente, noire, siège près du bord antérieur du masséter.

Nombreux ganglions sous-maxillaires et sous-hyoïdiens.

La cicatrice du cou est indurée profondément.

Bon état général.

Examen histologique (Pr agrégé Baraban).

Des travées de tissu embryonnaire circonscrivent de larges mailles, remplies par des cellules fusiformes, en raquette, polyédriques, imparfaitement étoilées : quelques-unes sont très pigmentées. Les noyaux sont ovales ou ronds, l'épiderme est très aminci par places. On trouve du pigment, surtout dans les travées alvéolaires.

Le ganglion contient, dans des travées de tissu sain, des cellules arrondies ou polyédriques volumineuses, à noyaux multiples.

Michel, Th. Nancy, 1887, p. 49.

Observation X

Carcinome réticulé.

Homme, 20 ans.

Porte à l'aine droite une tumeur ganglionnaire, dure, bosselée, qui, de la grosseur d'une noix il y a quelques mois, a maintenant (juillet 1885) le volume des deux poings; elle est ovale à grand axe horizontal. La couleur de la peau à cet endroit ne peut être constatée, à cause des nombreux onguents employés par le malade.

Au côté droit de l'anus, et en dehors du pli fessier, est une tumeur rouge, pédiculée, étalée, congénitale, qui a grossi, sans causer ni douleur ni gêne, depuis quelque temps : elle est lisse, avec quelques veinosités cutanées. Au milieu est un point brun, bourgeonnant, d'aspect néoplasique. Pas d'antécédents scrofuleux.

Bon état général.

Opération, généralisation ; mort quelques mois après.

Examen microscopique.

Insuffisant pour la tumeur de la fesse : quelques points pigmentés.

L'examen du suc retiré du ganglion par le grattage montre des cellules rondes, polyédriques, de 20 à 130 μ, et des noyaux libres de 6 à 50 μ. A la coupe on voit des sinus volumineux à trabécules lamellaires avec noyaux ovoïdes, contenant peu de vaisseaux, lesquels ne sont *jamais en contact avec les cellules.*

Quelques cellules la plupart lymphatiques et d'autres volumineuses, sans ordre.

Un autre ganglion rappelle la figure annexée à l'observation II (carcinome réticulé de Chambard).

Le diagnostic, sarcome ou carcinome, n'est pas formulé nettement.

Michel. Th. Nancy, 1886.

Observation XI

Carcinome réticulé.

Homme, 65 ans.

Portait à l'aîne gauche une production pigmentaire congénitale.

Entre à l'hôpital en août 1885.

Depuis quelques mois, à l'endroit indiqué ci-dessus, est survenue une tumeur qui a grossi ces temps derniers, et présente maintenant le volume du poing, tumeur sous-cutanée, mobile sous la peau, mais adhérente profondément, de consistance ferme, de forme globuleuse, légèrement bilobée, indolore, mais gênante. Dans la peau qui la recouvre, se trouvent deux petites tumeurs noirâtres, dont l'une est certainement, et l'autre probablement congénitale. Sur la peau, dans différents endroits se trouvent quelques taches pigmentaires appelées par le malade taches de naissance.

Pour M. Rohmer la tumeur ganglionnaire profonde est secondaire.

Pendant l'opération, on trouve des adhérences aux vaisseaux fémoraux et des ganglions dans la fosse iliaque gauche.

Plaie non cicatrisée. Généralisation, ulcération sur la cicatrice, mort.

Passons l'examen macroscopique.

Examen histologique.

Après une longue discussion pour rechercher la filiation des différentes tumeurs, l'auteur conclut au sarcome; bien que ses planches ressemblent, comme il le dit lui-même, au carcinome réticulé de Chambard.

N. B. — Les ressemblances sont mêmes, selon nous, tellement nettes, que, jointes à l'état des vaisseaux et aux modifications du derme décrites par l'auteur, elles nous font affirmer le diagnostic de carcinome.

Michel, Th. Nancy, 1887, observation II, page 28.

IV. — *Carcinomes mélaniques.*

Observation XII

Carcinome mélanique de la joue.

(*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1883. pièce n° 37).

Femme de trente-quatre ans.

Portait une petite tumeur pédiculée à la région malaire.

Son pédicule fut lié avec un fil et le point d'implantation cautérisé.

Récidive sur place et dans les ganglions parotidiens et sus-claviculaires.

Ablation des trois tumeurs par M. le Dr Heurtaux.

La tumeur sus-claviculaire était traversée par la veine jugulaire externe, qui lui adhérait intimement, et dont une portion dut être réséquée entre deux ligatures.

A la coupe on voit que la tumeur présente un aspect assez homogène, sauf qu'on y remarque un certain nombre de points mélaniques. L'examen histologique de la tumeur montre qu'on est en présence d'un épithéliome. En effet, les cellules sont franchement épithéliales et forment des masses arrondies ou allongées, limitées par des cloisons vasculaires ou connectives très minces, sauf dans les points où la tumeur est encore peu avancée dans son évolution.

Dans ces derniers points la tumeur répond à peu près à l'épithéliome lobulé. Ailleurs elle se rapproche du carcinome, cependant le pinceau n'y révèle jamais de trame alvéolaire. Les tumeurs dont ce néoplasme se rapprochait le plus par son aspect sont certains cancers de la mamelle et de l'utérus. Les cellules assez volumineuses sont munies d'un noyau régulier ovoïde contenant un ou plusieurs nucléoles. Celles qui se trouvent les plus voisines des travées de la trame semblent implantées sur ces travées à la manière d'un épithélium à cellules cylindriques. Nulle part elles ne présentent la moindre tendance épidermique. Nous avons signalé la pigmentation de certaines parties de la tumeur, pigmentation fort rare dans les épithéliomes non alvéolaires. Les cellules pigmentées occupent principalement la trame ; elles semblent situées dans la paroi de certaines fentes lacunaires qui sont peut-être des coupes de lymphatiques ou de capillaires sanguins. Par places elles deviennent plus abondantes et noircissent totalement la préparation. Il y a quelques points où ces cellules pigmentées qui sont de formes très variables, se trouvent disposées entre les cellules épithéliales de la tumeur, mais il semble qu'elles aient occupé primitivement les cloisons connectives et se soient seulement laissées englober par

l'accroissement des masses épithéliales. En dehors des parties épithéliomateuses, on trouve du tissu d'aspect embryonnaire (probablement le tissu du ganglion lymphatique) au milieu duquel sont creusées des cavités très larges, formées probablement par des capillaires dilatés, et pleines de globules sanguins. On comprend que ces amas de globules sanguins fournissent la matière colorante nécessaire pour pigmenter les parties voisines de la tumeur. Les vaisseaux sanguins, si larges autour du tissu épithéliomateux, sont au contraire très peu développés au sein de ce tissu; ils paraissent y avoir été étouffés et l'on ne voit que de rares capillaires très minces longeant le bord de quelques-unes des masses épithéliales. On peut supposer que c'est dans les globules sanguins qui étaient primitivement contenus dans les larges capillaires étouffés peu à peu par le néoplasme, que c'est, disons-nous, dans ces globules que les cellules de la trame de la tumeur ont trouvé les éléments nécessaires à leur pigmentation.

N. B. — Un examen ultérieur nous a fait pencher vers le diagnostic « carcinome mélanique » (pigmentation et structure suffisamment alvéolaire).

Observation XIII

Carcinome mélanique de la peau du cou (*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1886, pièce n° 85).

Femme de quarante-sept ans.

Portait une verrue congénitale au cou.

Elle la lie avec un fil et la voit disparaître.

A sa place, depuis deux ou trois ans est survenue une tumeur qu'a enlevée M. le Dr Heurtaux.

On constate pendant l'opération une adhérence notable de la tumeur aux parties sous-jacentes.

A la coupe on voit un tissu friable, grisâtre, mélanique par places et présentant nombre de points ramollis.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un de ces carcinomes de la peau qui viennent assez fréquemment sur les verrues congénitales et sur les nœvus. Les masses cellulaires, franchement épithéliales, sont ovales ou arrondies sur les coupes ; quelques-unes sont allongées en boyaux. Les cellules sont volumineuses, assez régulières, munies d'un gros noyau et d'un gros nucléole. Dans les points mélaniques, elles sont infiltrées de matière brune et remplies de granulations mélaniques qui donnent à certaines parties du néoplasme la couleur d'une truffe.

La trame de ce carcinome est extrêmement délicate : elle forme de très grands alvéoles dans lesquels les cellules sont arrangées avec assez d'ordre. Dans ces alvéoles courent de larges vaisseaux à parois très minces, de sorte que, par places, la trame semble uniquement constituée par des fentes vasculaires. Il est possible que cette minceur des parois vasculaires soit en rapport avec la mélanose. Signalons encore nombre de points fortement nécrobiosés.

Observation XIV

Carcinome mélanique développé aux dépens d'un nævus pigmenté. Ganglions carcinomateux (*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1886, pièce n° 102).

Homme de trente-trois ans.

Portait sur la joue, depuis sa naissance, une tache pigmentée, surmontée d'une petite verrue noire.

Depuis dix-huit mois à deux ans la verrue s'était mise à allonger.

Une bonne femme de Mortagne détruisit la verrue, il y a un an.

Six à sept mois après cette opération, il se développa des ganglions dans la région sous-maxillaire.

Ablation, par M. Heurtaux, de ces ganglions dont l'un est très noir.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un carcinome mélanique modérément pigmenté. Les cellules sont très volumineuses et la trame très délicate.

Autour des parties malades, on reconnaît les petites cellules du tissu du ganglion.

Cette lésion s'observe fréquemment à la suite des nævi poilus ou pigmentés de la peau.

Observation XV

Carcinome mélanique de la région temporale.
(*Bullet. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1887, pièce n° 37).

Femme de soixante ans.

Portait, depuis de longues années, une tache noire, de forme irrégulière, sur laquelle la peau avait l'apparence d'une peau de nègre.

Il survint sur cette tache une petite production légèrement saillante qui fut enlevée par M. le Dr Heurtaux.

L'examen microscopique de la pièce montre qu'il s'agit

d'un carcinome. On voit effectivement de grandes cellules épithéliales formant par leur accolement des masses contenues dans une trame alvéolaire très peu abondante. La tumeur paraît, au moins d'un côté, bien limitée : cependant, assez loin de la masse morbide principale, on trouve sous l'épiderme des amas de cellules qui paraissent dépendre du néoplasme. La substance mélanique est contenue dans les travées, probablement préexistantes, qui séparent les uns des autres, les lobes de tissu carcinomateux. Dans le derme du voisinage, on voit aussi par places de nombreuses cellules pigmentaires. L'épiderme, au contraire, ne paraît pas contenir de pigment dans sa couche malpighienne, ou du moins pas plus qu'à l'état normal.

Observation XVI

Carcinome mélanique de la peau du cou.
(*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1887, pièce n° 53).

Femme de 43 ans.

Avait une tache noire sur la peau du cou.

Depuis six mois cette tache a été le point de départ de végétations noires donnant des hémorrhagies abondantes.

Le diagnostic porté fut celui de sarcome mélanique.

La tumeur examinée à l'œil nu, forme un gros fongus, assez régulièrement arrondi, du volume et de la forme d'une noix. Son tissu est d'un gris noirâtre à l'intérieur, mais beaucoup moins foncé à l'extérieur. Cet examen à l'œil nu montre qu'on est en présence, soit d'un sarcome, soit d'un carcinome mélanique de la peau. Nous penchons vers ce

dernier genre que nous avons souvent rencontré dans les tumeurs développées sur les nævus.

L'examen microscopique, fait sur un certain nombre de coupes, montre nn beau type de carcinome mélanique à grandes cellules polyédriques formant des amas contenus dans une trame alvéolaire très délicate. La pigmentation, qui n'est pas extrêmement intense, occupe les cellules, plutôt à l'état d'infiltration, qui donne au protoplasme cellulaire une couleur sépia, qu'à l'état de granulations pigmentaires. Ces carcinomes mélaniques, développés sur les nævi, ne sont pas rares, mais ils paraissent peu connus. Leur malignité est extrême.

Observation XVII

Epithéliome mélanique de la région mammaire.
(*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1887, pièce n° 104).

Femme.

Portait un papillome congénital mammaire.

Il se développa une tumeur sur place. Probablement ancienne, elle s'était développée surtout depuis un mois et les ganglions axillaires n'avaient pas tardé à devenir très volumineux.

Des douleurs s'étaient fait sentir dans le néoplasme.

Ablation par M. le Dr de Larabrie.

L'examen de quelques coupes montre un épithéliome contenant quelques points mélaniques que l'on pourrait *ad libitum* considérer soit comme un E. tubulé à petites cellules, soit comme un carcinome mélanique à masses assez volumi-

neuses. L'élément mélanique est peu important ; il dérivait peut-être seulement du nævus papillaire, et peut-être n'y avait-il pas eu néoformation importante de la matière mélanique. Les cellules sont peu volumineuses, presque toutes en noyau avec une très faible quantité de protoplasma et un ou deux petits nucléoles. Ces cellules sont à peu près impossibles à distinguer les unes des autres, tant leurs limites sont peu marquées. On ne reconnaît ces limites qu'avec un fort grossissement. Nous concluons à un carcinome avec points mélaniques.

Observation XVIII

Carcinome mélanique.

Homme, 31 ans.

Portait à la région mastoïdienne une tache congénitale.

Après avoir été blessé en cet endroit, il la vit augmenter de volume, vers avril 1875.

Ulcération, puis infiltration ganglionnaire.

Le diagnostic clinique fut celui de carcinome mélanique.

Mort, le 23 février 1876.

A l'autopsie, on trouva des noyaux mélaniques dans le cerveau et un abcès au foie.

Krônlein. *Arch. für chirurg. Klin.*, XXI.

Observation XIX

Carcinome mélanique.

Homme de 35 ans, portait un nævus à la région du foie.

Développement, sur place, d'un carcinome mélanique. Extirpation.

Mort, bientôt après, de mélanose généralisée.

Wagner (*Schmidt's Jahrbücher*, 1865).

Observation XX

Carcinome mélanique.

Femme de 64 ans, portait entre les deux scapulaires un nævus de la grosseur d'un *groschen*.

Cette petite production devint progressivement douloureuse, et s'accrut jusqu'à présenter la largeur de la paume de la main. En même temps elle s'ulcérait et devint le siège d'hémorrhagies.

Extirpation.

La tumeur est un carcinome mélanique.

Benzler, *loc. cit.*

Observation XXI

Carcinome mélanique.

Femme de 44 ans, portait un nœvus à l'avant-bras droit.

Depuis un an il s'y est développé un carcinome mélanique.

Les ganglions sont sains.

Extirpation en octobre 1876.

Kolaczek (*Deuts. Zeits. f. chir.*, XII).

Observation XXII

Carcinome mélanique.

Femme de 50 ans, portait un nævus pigmenté au petit doigt.

Il se développa sur place un carcinome mélanique.

Les ganglions lymphatiques sont sains.

Extirpation.

F. W. Nunn (*Caustatt's Jahresb.*, 1881).

Observation XXIII

Carcinome mélanique.

Femme de 50 ans, portant depuis sa jeunesse des taches pigmentaires.

L'une d'elles, située sur le nez, donna naissance à une tumeur qui fut extirpée il y a quinze ans.

Dans la cicatrice se développa une tumeur, qui deux mois après son apparition, fut enlevée. C'était un carcinome épithélial, avec du pigment mélanique par place.

Deux jours après cette opération (12 juillet 1869) eut lieu

une récidive : cautérisation avec le fer rouge. Erysipèle de la face.

Après la guérison complète de la plaie, on dut enlever les taches pigmentaires.

Mosengeil (*Arch. f. klin. chir.*, XII).

V. — *Carcinome sans autre désignation.*

Observation XXIV

Homme porteur de plusieurs nœvi pigmentés, dont l'un situé dans la région dorsale de la colonne vertébrale.

Celui-ci dégénère en cancer.

On en tenta l'extirpation sans résultat, après quoi il se développa rapidement un carcinome des ganglions axillaires, et des petits tubercules au sein droit.

Mort par pleurésie, avec carcinome de la plèvre.

Weinlechner. *Ber. d.* K. K. *Krankenanst Rudolphstiftung in Wien.*, 1878, 308.

VI. — *Epithéliomes (sans désignation de genres).*

Observation XXV

Epithéliome du cuir chevelu.

Femme de 62 ans, dévideuse, entrée à Saint-Louis le 16 septembre 1861.

A porté dès son bas âge sur la tête de petites tumeurs,

dont l'une, sous l'influence d'une violence extérieure, s'est enflammée et a donné naissance à une tumeur épithéliale.

Ablation de celle-ci par les caustiques.

Malgré l'apparition d'un érysipèle, la malade guérit.

Lebreton, *Gaz. des Hop.*, janvier 1862.

Observation XXVI

Cancer épithélial.

Nævus de la cuisse.

Dégénérescence en *cancer épithélial.*

Delagarde. *S. Barth. Hosp. Lond.*, 1867, III, 321.

Observation XXVII

Epithéliome.

H..., 47 ans, sans antécédents de famille, et d'une bonne constitution.

Depuis la naissance, il portait dans le dos un vaste nævus poilu, s'étendant des hanches aux épaules : les poils fort nombreux au début s'étaient éclaircis.

Il portait des fardeaux assez lourds sur l'épaule *gauche.*

Sur l'épaule *droite*, vers la fin de mars 1872, il commença à constater une petite tumeur.

Elle se développe rapidement, s'ulcère, donne issue à un pus fétide.

Ligature au moyen d'un fil d'argent, par un chirurgien.

Récidive.

En juin (commencement), 1872, entré à l'hôpital de Middlesex, il présente, au niveau du bord supérieur de l'omoplate droite un épithéliome occupant le dos sur une longueur de 2 pouces et une largeur d'un pouce, à bords épais, à surface ulcérée donnant issue à un pus fétide.

Ablation le 2 juin 1872; cicatrisation; sortie au milieu de juillet.

Peu après récidive : douleurs très vives et continues dans la région du pylore; à la palpation pylore gros et dur; vomissements continus, mort d'inanition : il s'était fait sans doute une métastase au foie.

Georges Lawson : *Tr. of the Pathol. Soc. of London*. Volume XXIV, procès-verbaux de 1872-1873, page 256.

Observation XXVIII

Épithéliome de la nuque et du dos.

Homme de 54 ans, vigneron, entré le 15 août 1877 à l'hôpital Cochin, service Desprès. Aucun antécédent héréditaire.

A la naissance, il portait sur la ligne médiane une tumeur érectile grosse comme une petite fraise.

En 1862, du pus et du sang commencèrent à sourdre tout autour. Peu à peu la tumeur s'ulcéra, et envahit les parties voisines; mais l'état général resta bon.

En 1868, la tumeur occupait la même étendue qu'aujourd'hui.

En 1874, elle creuse et les forces diminuent.

A la fin de 1875, le malade est forcé de s'aliter.

En 1876, il revient à Paris où il fait le métier de balayeur,

qu'il doit interrompre de temps en temps pour rester au lit.

Au commencement de 1877, il va à l'hôpital, parcourt divers services et arrive à Cochin le 15 août.

L'état général est fort mauvais; la tumeur, de forme losangique comme le trapèze, occupe la nuque et une partie du dos. Elle s'étend en hauteur de la septième cervicale à la septième dorsale, soit 23 centimètres. Au niveau de sa partie moyenne, elle occupe tout l'espace compris entre les deux omoplates. Sur la ligne médiane elle est profonde de 4 centimètres, il n'y a plus trace d'apophyses épineuses. Mort le 17 décembre.

L'autopsie n'a pas été suivie d'examen histologique.

Capitan. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, décembre 1877.

Observation XXIX

Homme de 68 ans. Portait à la fesse gauche, depuis sa naissance, un nævus, qui, après être resté pendant de longues années à son volume primitif, celui d'un florin, a pris à la suite d'une chute sur un objet tranchant, un développement rapide accompagné de douleurs.

Tumeur de forme circulaire, de 4 pouces de diamètre; circonférence calleuse, indurée et saillante d'un demi-centimètre. Au centre ulcération sanieuse.

Ganglions lymphatiques non envahis.

Opération (Hutchison) : Incision dans les tissus sains. La tumeur ne s'étend pas profondément. Pas d'hémorrhagie.

« Au microscope la tumeur est composée de cellules épi-
« théliales squameuses, de dimensions variées, nucléées, en

« raquette, formant, dans un ou deux endroits des masses
« glandulaires de lamelles concentriques. Ailleurs l'épithé-
« lium subit une dégénérescence graisseuse; pas de trace
« de stroma alvéolaire; mais la structure fibreuse est géné-
« ralement, je ne dis pas toujours, absente dans le cancer
« épithélial. »

Hutchison. *Brit. med. J. Lond.*, 1878, I, 485, n° 901.

VII. — *Papillome.*

Observation XXX

Femme de 35 ans, entré à l'hôpital de Londres, service de S. Frédéric Trèves.

Cette femme présente, à la place d'un signe congénital, une tumeur, dite par l'auteur papillome, mesurant 9 centimètres sur 7 1/2 et recouvrant la suture coronaire immédiatement à droite de la ligne médiane. Cette tumeur est très saillante, faiblement pédiculée, et fournissait un liquide clair, exhalant l'odeur fétide propre aux papillomes des autres régions. Elle était absolument dégarnie de cheveux, et présentait l'aspect habituel en chou-fleur. Comme les cheveux avaient toujours été ramenés sur la tumeur, sa surface était plus aplatie que d'ordinaire.

Fréd. Trèves F. R. C. S. *in Encyclopédie internationale de chirurgie*. Tome 3, page 119.

VIII. — *Tumeurs mixtes. Carcinome et sarcome réunis.*

Observation XXXI

Carcinome mélanique et sarcome globo-cellulaire.

Femme, 50 ans.

Père et mère bien portants, sœur morte d'une affection utérine maligne.

Elle s'est aperçue il y a 8 ans qu'elle portait au niveau des dernières côtes droites une tumeur plate, très probablement un nævus congénital, de couleur jaune rougeâtre.

Cette tumeur s'est développée rapidement depuis 3 mois.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Duplay, en 1872.

On trouve une tumeur bourgeonnante, exulcérée, saignant facilement, rose, insensible, limitée tout autour par un bourrelet cutané de couleur marron et mobile latéralement.

Pas de ganglions.

Ablation le 18 mars.

Cicatrisation rapide.

Examen de la tumeur. — M. Cornil la trouve composée des parties suivantes :

Au centre, un noyau noir :	Carcinome mélanique.
Autour de celui-ci, champignon volumineux	Sarcome globo-cellulaire.
Dans la peau autour de celui-ci 3 petites tumeurs	Embryonnaires.

Duret. *Soc. anat.*, Paris, avril 1873, p. 290.

Observation XXXII

Carcinome et sarcome mélaniques.

Homme de 56 ans, porte à la cuisse un nævus pigmentaire, gros comme un *groschen*, qui fut bientôt remplacé par une tache bleuâtre, grosse comme un pois.

Depuis trois mois s'y est développée une tumeur composée d'un sarcome et d'un carcinome mélaniques.

Ligature.

L'envahissement continue.

On excise la peau malade.

Mort deux mois après de mélanose généralisée.

Billroth. *Arch. f. klin. Chir.*, X.

Observation XXXIII

Femme de 68 ans, portait depuis sa naissance un tubercule noir sous l'œil droit, et deux autres dans la fosse sus-épineuse.

Tumeur grosse comme une tête d'enfant dans le sein droit, avec envahissement ganglionnaire.

Amputation du sein. Extirpation des ganglions. Diagnostic : carcinome et sarcome mélaniques.

Des taches noires se montrent dans la peau du dos et de la partie antérieure du thorax.

Morte un an après l'opération.

Von Winiwarter (*Beiträge zur Statistik der Carcinome*, tab. III, Fall. 82).

IX. — *Tumeur primitive de l'encéphale.*

Observation XXXIV

Sous le nom d'*anthropoleopardalisdermia*, Orsi décrit le cas d'un homme de 30 ans, dont tout le corps était couvert d'un nævus pigmenté et en partie poilu. Depuis deux ans, cet homme présentait des convulsions et des phénomènes comateux, symptomatiques d'une irritation des centres cérébro-spinaux.

A l'autopsie, on trouva un carcinome encéphaloïde mélanique du volume d'un œuf de poule, qui avait envahi la dure-mère sur le rocher droit. La pie-mère et l'arachnoïde cérébro-spinales, l'écorce cérébrale, les racines des nerfs rachidiens étaient infiltrées de pigment. Enfin, le péricarde viscéral contenait quelques îlots pigmentés, les glandes thyroïdes et les reins des petits abcès métastatiques.

Orsi Francesco. Pavia : *Caso di antropoleopardalisdermia : in Gazz. med. ital.-lomb.*, n°s 50 et 51, 2 planches.

SECTION II

Sarcomes.

1° Sarcomes fuso-cellulaires mélaniques.

Observation XXXV

Sarcome fuso-cellulaire de la peau du dos (*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1881, pièce n° 88).

Homme de 30 à 40 ans.

Portait un *signe* au dos.

Il y a deux mois, début de la tumeur.

Elle a poussé rapidement sans occasionner aucune douleur, elle avait tout à fait l'aspect d'un anthrax, mais une couleur un peu plus violacée.

Ablation par M. le Dr Poisson.

Mort de mélanose généralisée.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire à grandes cellules avec quelques points myxomateux.

Les foyers de génération des cellules embryonnaires existent surtout autour des vaisseaux. Les cellules fusiformes très allongées, de petit volume d'abord, grossissent peu à peu et arrivent à contenir un gros noyau, lequel est lui-même bourré de nucléoles.

Lorsque les cellules ont acquis un certain volume, elles ne tardent pas à présenter dans leur protoplasma un grand nombre de gouttelettes graisseuses. Quelques vaisseaux volumineux ont encore une paroi assez épaisse ; mais la plupart du temps cette paroi est totalement infiltrée de cellules embryonnaires. La trame assez peu abondante est constituée par les faisceaux connectifs

préexistants, par places elle devient muqueuse ; sur une préparation nous avons rencontré un point où toute la trame est en dégénérescence muqueuse (aspect mycélioïde) ; on y reconnaît étendues le long des travées dégénérées les grandes cellules du sarcome. En résumé, notre tumeur est un sarcome fuso-cellulaire à grandes cellules développé sur un *nœvus*. Cette tumeur a été examinée plus tard, à l'occasion de sa récidive (Ablation par M. Heurtaux).

Nous y vîmes des points mélaniques dont la présence nous avait échappé et n'est pas indiquée dans la description de la tumeur. Le malade mourut de cachexie cancéreuse, et l'on trouva de la mélanose presque partout et notamment dans la peau, dans le cerveau, dans les poumons et dans le foie. Lorsqu'on examine les petits tubercules noirâtres assez durs dont la peau est parsemée, on voit que ces petits tubercules sont formés d'une coque d'apparence fibroïde dans laquelle la matière mélanique est contenue. Cette matière présente la plus grande analogie de coloration avec un caillot cruorique.

En examinant des coupes de ces petites masses brunes, on voit qu'elles sont effectivement constituées par un amas de globules sanguins plus ou moins bien conservés selon les points que l'on examine. Au milieu de ce caillot on rencontre des amas de cellules du néoplasme qui se présentent sous forme d'éléments polyédriques, munis d'un ou plusieurs noyaux. Ces cellules paraissent assez indépendantes les unes des autres et pourraient être prises aussi bien pour des cellules de carcinome que pour des cellules de sarcome. L'épanchement sanguin est entouré par une sorte de coque fibreuse qui paraît être une paroi vasculaire. Quelleque soit son origine, cette coque est formée par une trame fibreuse infiltrée de cellules du néoplasme. Sur plusieurs coupes nous rencontrons appliqué sur cette membrane qui entoure le caillot un tronçule nerveux coupé en travers qui présente seulement quelques phénomènes d'irritation. En dissociant avec des aiguilles un des points colorés, recueillis sur le cerveau, nous constatons la pré-

sence d'un grand nombre de cellules polyédriques analogues à celles qui sont enfermées au milieu du caillot ou disséminées dans l'épaisseur de la coque fibreuse qui l'entoure, cependant, elles sont plus arrondies.

Elles ont un ou plusieurs noyaux parfois vésiculeux ; leurs dimensions sont très variables. Nous avons recherché les préparations faites sur la tumeur primitive. Les cellules de cette tumeur primitive n'ont pas le même caractère que celles des productions secondaires que nous venons de décrire, en effet, dans la maladie à son début, le tissu pathologique répondait au type sarcome fuso-cellulaire à grandes cellules. Ce qu'on remarque de plus frappant, c'est l'altération de la paroi des petits vaisseaux qui, non seulement, est très épaissie, mais encore est complètement infiltrée de cellules sarcomateuses. Dans quelques points, nous voyons des grains mélaniques qui semblent occuper de préférence le voisinage de vaisseaux dilatés et gorgés de sang.

On a vu, par la description qui précède, que les grosses taches mélaniques, observées pendant la vie du malade, étaient formées par des caillots sanguins contenant seulement dans leur intérieur quelques cellules du néoplasme et entourées d'une couche de ces mêmes cellules qui sont complètement dépourvues de pigment. Si l'on cherche à s'expliquer ces phénomènes, on pourra admettre que ses épanchements sanguins sont dus à l'altération sarcomateuse des parois vasculaires, et que, vu la rapidité avec laquelle se sont faits ces épanchements, les cellules n'ont pas eu le temps d'absorber la matière colorante du sang et de la transformer en pigment.

Observation XXXVI

Sarcome fuso et globo-cellulaire.

Homme de 67 ans, marchand de vins.
Parents morts âgés.

De tout temps, au-dessous du milieu de la ligne qui réunit les deux épines de l'omoplate, il a eu une verrue, entourée d'une surface noire.

Il y a trois mois, elle a commencé à grossir.

Aujourd'hui, il a une tumeur fongiforme, lobulée, rougeâtre, de consistance cornée, à large pédicule, autour duquel est une zône large de deux millimètres, colorée en bleu noirâtre.

Le 5 février. Ablation.

Le 24. Cicatrisation complète.

— *Examen microscopique* (Cornil et Ranvier).

Pas de suc laiteux.

Les coupes montrent des cellules allongées (9 μ sur 6 μ) à noyaux ovoïdes et à nucléole brillant : ce sont des noyaux et des cellules embryo ou fibro-plastiques.

Le pigment siège dans la portion cutanée.

Fano. *Gaz. des hop.*, 3 avril 1866.

Observation XXXVII

Femme, 50 ans, culotière, au teint pâle, avait un nævus en avant du tibia droit, à l'union du tiers inférieur aux deux tiers supérieurs.

En 1871, il lui est enlevé par un éclat d'obus.

Sur place se développe lentement une grosseur.

Cautérisation à la poudre de Vienne, puis ablation au bistouri.

Récidive sur place.

Entrée à l'hôpital Necker le 22 février 1872.

Elle présente deux tumeurs noires, du volume d'un œuf de poule, sessiles, séparées par un centimètre de peau saine, dures, résistantes, libres profondément : l'une est recouverte d'épiderme, l'autre ulcérée, est entourée d'une auréole inflammatoire.

On lui fait des applications de flèches de Canquoin, puis de pâte de Vienne.

A la suite de ce traitement, la tumeur augmente et s'entoure de petites nodosités, qui se multiplient, de la grosseur d'une tête d'épingle à une noisette.

A la fin de juillet, un érysipèle se déclare.

A la fin d'août, elle souffre de quintes de toux, présente de la fièvre, une respiration embarrassée, et une douleur à la région hépatique. Pas de ganglions dans la fosse iliaque.

Il survient alors des vomissements, de la dyspnée, un point de côté, une augmentation du foie, et un œdème des parois abdominales.

Observation XXXVIII

Sarcome fuso-cellulaire.

Homme, 30 ans, vigoureux, dont la mère et la tante sont mortes d'affections cancéreuses.

Il portait à la cuisse un nævus pigmentaire qui, pendant le siège de Paris, alors qu'il était soldat dans la mobile, fut irrité par le frottement du pantalon, et depuis grossit insensiblement, peut-être sous l'influence des privations du siège et de la perte de sa mère.

Un médecin l'enleva.

Quelques mois après un ganglion de l'aîne grossit; le médecin, croyant à un bubon, y plonge le bistouri.

Autour de cette incision se développe un champignon noirâtre, que Demarquay, appelé en consultation, voulut enlever, mais au courant de l'opération, il vit qu'une masse noirâtre s'étendait jusqu'au delà de l'arcade crurale, et dut en rester là.

De nouvelles végétations poussant au milieu de la plaie, furent reséquées.

L'examen du sang, des urines et du suc obtenus par râclage, montra des cellules fusiformes.

Nepveu, *Mém. Soc. Biol.*, 1872, observ. V, avec planche.

Observation XXXIX

Sarcome fuso et globo-cellulaire.

Femme, 30 ans, entrée dans le service de M. Debove.

Début probable par de petits nœvi pigmentaires.

Tumeur hépatique. Dans la peau, depuis 6 mois petites tumeurs pigmentées.

Mort de cachexie.

Autopsie. — Le foie est énorme et pèse 6 kilogr. 300. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de tumeurs mélaniques.

Sarcome fuso et globo-cellulaire.

Une coupe transversale des cartilages costaux montre une partie noire, dure. Au microscope le cartilage présente des granulations mélaniques dans les chondroblastes ; elles sont généralement isolées ou en masse, autour du noyau. Chose remarquable, alors que la néoplasie n'a point encore atteint ni le cartilage, ni la moelle osseuse, on y trouve de la mélanose infiltrée.

Achard. *Soc. anat.*, Paris, 21 décemb. 1888.

2° Sarcomes fuso-cellulaires non mélaniques.

Observation XL

Homme de 38 ans, portait à sa naissance une petite tumeur dans le dos.

Cette tumeur avait été opérée lorsque le malade avait deux ans.

A 19 ans, la tumeur, de nouveau enlevée par les caustiques, revint lentement.

Enfin Birkett lui enleva une troisième fois, et deux ans après cette opération, la guérison se maintenait.

Tumeur fibro-plastique.

Wilks. *Catalog. of the Museum of Guy's Hosp.*, n° 1652-73.

Observation XLI

Sarcome ?

Femme portant au creux poplité une *ancienne verrue*, et, dans l'aîne, un ganglion tuméfié.

La tumeur du creux poplité, ulcérée, fut extirpée par M. Jüngken le 1er novembre 1844. Elle avait la grandeur d'une pomme de Borsdorf, sa surface d'un rouge brun, inégalement verruqueuse, secrétait un liquide faiblement alcalin, riche en albumine, avec des globules de pus et de rares cellules épidermiques. Elle reposait sur un pédicule mince qu'elle dépassait tout autour en forme de champignon ; à la coupe il sortit beaucoup de sang des vaisseaux. Après lavage de la pièce on vit extérieurement une couche mince, opaque, blanchâtre, en quelques endroits jaunâtres ; au-dessous était une couche plus large, réniforme, à aspect gélatineux, et qui contenait, vers la surface, de nombreux vaisseaux sanguins.

L'examen microscopique fait voir dans la couche externe des cellules rondes multinucléées et des cellules épithéliales ; la couche gélatineuse contenait des cellules fusiformes.

Virchow. *In Pathologie des tumeurs*, tome II, p. 229, 1869.

Observation XLII

Sarcome fuso-cellulaire.

Homme, d'une bonne constitution. Gendarme.

Il porte depuis l'enfance une petite tumeur à la hanche au niveau de la crête iliaque. Cette tumeur crut peu à peu, sans causer de douleur.

Quand il fut militaire, le ceinturon et la poignée du sabre contusionnèrent fréquemment son nævus, et celui-ci s'accrut assez

rapidement. Il avait le volume d'une orange, et était le siège de douleurs lancinantes, lorsque Larrey l'opéra au Val-de-Grâce le 20 mars 1850.

La tumeur, examinée par Lebert, fut reconnue pour un sarcome fuso-cellulaire.

La plaie se cicatrisa rapidement.

Trois mois après, survint une petite tumeur, qui, en 8 mois, atteignit le volume de la première.

Il rentre à l'hôpital : sa tumeur est ulcérée, il s'en écoule un ichor sanieux ; les veines sont développées.

Pas de ganglions. Bon état général.

La tumeur enlevée a l'aspect du cancer ; c'est comme la première, un sarcome fuso-cellulaire.

Müller, *Soc. anat.* Paris : mars 1851, et janvier 1852.

Observation XLIII

Sarcome fuso-cellulaire.

Femme, 45 ans, de constitution robuste.

Elle portait un nævus jaune à la face radiale de la dernière phalange de l'index gauche, et un autre à la face cutanée de la lèvre supérieure.

Elle s'est mariée à 21 ans. Femme d'ouvrier, son nævus de l'index fut souvent, tandis qu'elle vaquait aux soins du ménage, soumis à des excoriations répétées.

Il s'hypertrophie depuis 4 ans. En vain trois charlatans essayèrent divers emplâtres irritants; après les tentatives du dernier, en mai 1866, il y avait déjà dans l'aisselle des ganglions volumineux, qui, à la suite du choléra de 1866, prirent un volume considérable.

En janvier 1867, Köbner trouva dans le tissu cellulaire de plusieurs régions (fosse sus-claviculaire et aisselle gauche), de peti-

tes tumeurs libres profondément adhérentes à la peau, douloureuses à la pression.

A la fin de janvier, nouvelle tumeur de la grosseur d'une cerise dans le tissu cellulaire de la région lombaire.

En février tumeur présternale.

En mars. vomissements, ictère, fièvre ; les tumeurs accroissent de volume et de nombre, une nouvelle est sentie par le toucher d ns la paroi rectale antérieure et une autre par le palper à la région pylorique.

La peau s'ulcère au niveau des tumeurs ganglionnaires. Les symptômes généraux s'aggravent, la mort survient dans le collapsus le 25 mai 1867.

Pas d'autopsie.

La tumeur de l'index est de la grosseur d'un haricot. La coupe y montre deux segments, l'un plus grand, brun, l'autre plus petit, blanc, séparés par une cloison de 3 millimètres. Elle occupe toute l'épaisseur de la peau et de l'hypoderme. L'épiderme est épaissi, le réseau de Malpighi non altéré ; au-dessous, hyperplasie des fibres et des cellules conjonctives. Les couches les plus profondes du derme et l'hypoderme sont le siège d'une énorme prolifération de cellules fusiformes, en amas et en faisceaux, à un ou deux noyaux, qui suit, non la direction des vaisseaux dilatés, mais celle des faisceaux du derme.

A l'aisselle, dégénérescence graisseuse.

Diagnostic. Sarcome fuso-cellulaire.

Köbner. *Zur Kenntniss der allgemeinen Sarcomaten und der Hautsarcome in Besondern : in Arch. für Derm. u. Syph.*, 1869, 1, 3, p. 369.

Observation XLIV

Sarcome fuso-cellulaire.

Nævus maternus dermoïdal de la fesse droite. Sarcome fuso-cellulaire développé sur ce nævus. Cautérisation, guérison.

Mazzoni. — *Clin. chir.* (Mazzoni) Roma, 1876, III, 155-157.

Observation XLV

Un étudiant avait appporté en naissant deux nævi à la partie inférieure de la cuisse.

L'un augmenta de volume jusqu'à former à 20 ans une tumeur plate.

On l'extirpa, mais il y eut récidive, et le malade mourut de métastases pulmonaires.

D'après la description, il s'agissait d'un sarcome télangiectasique.

Phil. v. Walther dans *Walther's und Graef's.* J. 1823, V. 261.

Observation XLVI

Sarcome.

Enfant de 10 ans, présente depuis sa naissance, à l'avant-bras, une légère « *indentation* ».

Il fut blessé légèrement à cet endroit à l'âge de deux ans, et depuis ce temps la tumeur commença à se développer.

Extirpation à l'âge de 4 ans.

Récidive rapide.

A dix ans, lorsque Paget la décrit, elle avait trois à trois lignes et demie de diamètre.

Tumeur fibro-nucléaire.

Paget. *Lectures,* vol. II, page 168 et 490.

Tumeur ressemblant au sarcome.

Observation XLVII

Tumeur mélanique bénigne congénitale de la fesse droite.
(*Bull. de la Soc. anat. path. Nantes*, 1886, pièce nº 101).

Homme de soixante-quinze ans ; menuisier.

Portait une tumeur congénitale, d'abord très petite et n'occasionnant aucune gêne.

Depuis quelques années, l'homme étant devenu vieux, resta plus longtemps assis.

La tumeur se mit à grossir et s'enflamma.

En raison de l'ancienneté de la maladie, M. Heurtaux rejeta l'idée d'une tumeur maligne et pensa à une tumeur érectile veineuse, qui se serait condensée et pigmentée.

Néanmoins il enleva la tumeur très largement.

A la coupe, on constate que son tissu est noir comme une truffe. L'examen histologique nous montre dans ce néoplasme une structure toute particulière dont nous allons essayer de donner une idée. La trame est formée par du tissu fibreux à faisceaux plus ou moins gros, très modérément riches en cellules. On trouve quelques vaisseaux très larges à parois sclérosées, les unes contenant encore des globules sanguins, les autres des débris.

Les parties pigmentées se présentent sous forme d'amas ronds ou ovales, de traînées de pigment intra-cellulaire ; quelquefois une boule de pigment est suivie d'une petite traînée noire qui donne à l'ensemble l'aspect d'un têtard. Enfin on trouve des amas de cellules de grosseur variable, d'autant moins pigmentés qu'ils sont plus gros. Ces cellules peu colorables, fortement tassées les unes contre les autres, semblent au premier abord de nature épi-

théliale ; mais elles n'ont pas, d'une manière assez tranchée, les caractères des épithéliums pour qu'on puisse être absolument affirmatif sur ce point. Dans quelques parties des préparations, ces cellules paraissent fusiformes. Dès que l'on a jeté quelques regards sur les diverses préparations de ce néoplasme, on reconnaît que l'on se trouve en présence d'une production offrant des caractères tout à fait insolites. Cela n'a rien d'étonnant, étant donné que la tumeur est d'origine congénitale. Nous avons cherché à nous faire une idée de la pathogénie de la tumeur en nous basant sur l'examen d'un bon nombre de coupes, et voici ce qui nous a paru résulter de ces recherches ; une tumeur vasculaire (angiome, nævus) aurait existé depuis la naissance : à un moment donné il se serait produit une oblitération des vaisseaux et une rétention du sang veineux qui aurait servi à pigmenter les tissus voisins ; tous ces vaisseaux oblitérés et pigmentés, seraient restés dans le *statu quo* pendant de longues années et l'accroissement récent de la tumeur s'expliquerait par ce fait que l'endothélium vasculaire serait entré en prolifération, de manière à produire, soit des varicosités, soit ces grands amas de cellules que nous signalons. Si cette hypothèse est vraie, nous serions en présence d'un endothéliome développé au milieu d'une mélanose simple, consécutive elle-même à un nævus. La principale objection à cette manière de voir est que nous n'avons pu nous assurer si les masses cellulaires prenaient toujours naissance au sein des vaisseaux oblitérés, et que, par places, on croirait voir proliférer les cellules fixes du tissu conjonctif. Dans ce cas, il s'agirait d'un sarcome et non d'un endothéliome.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de constater que la mélanose, habituellement si grave, a pu, dans ce cas, prendre une allure essentiellement bénigne. La peau qui recouvrait la tumeur était saine, modérément pigmentée.

Sarcomes mélaniques.

Observation XLVIII

Malade inconnu, âge avancé.

Nævus de la paupière supérieure.

Sarcome mélanique sur place.

Von Langenbeck. *Deuts. Klin.*, 1860, p. 170.

Observation XLIX

Sarcome globo-cellulaire.

Homme de 20 ans.

Il porte depuis son enfance dans le trigone fémoral une tumeur pigmentée.

Elle s'accroît d'abord très lentement, puis, dans ces derniers temps très vite.

Puis troubles de la circulation veineuse de la jambe. Frissons, insomnie, délire, mort.

Autopsie. — Sarcome mou à cellules étoilées avec mélanose. Dans la veine crurale, un bourgeon remonte jusqu'à l'embouchure de la veine iliaque dans la veine-cave.

Sérosité sanguinolente dans la plèvre.

Noyaux sarcomateux dans le poumon.

Noyaux cancéreux (?) dans l'artère pulmonaire.

Rey. *Th. Paris*, 1869.

Observation L

Sarcome mélanique.

Homme, 31 ans, doreur.

Son père est mort non cancéreux.

Sa mère est bien portante.

Il porte, dans le dos, probablement depuis sa naissance, un petit bouton qui lui fut indiqué par une personne la nuit (août 72). Pour l'examiner de plus près, on approcha la lampe, dont le verre lui fit une brûlure assez profonde, longue à se cicatriser.

Son nævus se mit à grossir, lentement, quoique progressivement.

Il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet le 29 avril. Pas d'autre traitement que KI.

Il en sort le 22.

Le 30, il se fait faire l'ablation par un médecin.

Pas de cicatrisation, mais repullulation sur place, et tumeurs à la face, à la partie inférieure du thorax, à la crête iliaque, etc., sarcome mélanique.

Clauzel, *Th. Paris*, 1874, p. 70.

Observation LI

Sarcome mélanique.

F..., 68 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a, depuis sa naissance, une tache de rousseur sur la joue gauche, avec un poil au centre.

En 1873, elle arrache le poil ; la tache s'agrandit légèrement.

Depuis février 1874 l'accroissement est plus rapide.

Le 10 avril, elle entre à l'Hôtel-Dieu chez M. Guérin.

Elle porte au lieu indiqué une tumeur grosse comme une cerise, sphéroïdale, de teinte ardoisée, dure, non douloureuse, non adhérente, dans les parties profondes du derme.

Pas de ganglions.

Opération le 13 avril. Suites bonnes, sortie le 22.

Pas de récidive après deux mois.

M. Ranvier, après examen microscopique, a porté le diagnostic de sarcome mélanique.

Duvernois, *in th. Clauzel*, Paris, 1874.

Observation LII

Sarcome mélanique.

Femme de soixante-six ans.

Portait depuis sa naissance une *tache de rousseur* à la joue gauche.

Depuis vingt ans elle a donné naissance à un sarcome mélanique gros comme une cerise.

Extirpation en 1873 (23 oct.).

Guérison.

Krônlein. *Arch. f. chir. Klin.* Supphlft. page 86.

Observation LIII

Sarcome mélanique.

Homme de cinquante-huit ans.

Verrue congénitale à la cuisse.

Sarcome mélanique, de la grosseur d'une noix, développé sur place depuis trois mois.

Extirpation en 1877.

Walzberg et Riedel. *Deuts. Zeit. f. chir.*, XV.

Observation LIV

Homme de 40 ans.

Avait un nævus du creux poplité droit.

Après la blessure de celui-ci, survint, il y a un an, une tumeur noirâtre (sarcome mélanique), dont le tour est infiltré d'une masse noire.

Depuis, les ganglions inguinaux ont été infectés.

Extirpation de la tumeur et des ganglions.

Dix semaines après, mort probablement de métastase au foie.

Cette observation et la suivante sont de Kolaczek.

Deuts. Zeit. f. Chir., XII.

Observation LV

Sarcome mélanique.

Homme de 63 ans, portait depuis *de longues années* un bouton noir au talon gauche.

Depuis trois ans s'est développé sur place un sarcome mélanique, et les ganglions inguinaux des deux côtés sont envahis, indurés et fongiformes.

En août 1875. — Extirpation de la tumeur primitive et des ganglions.

15 mois après, récidive locale.

Un mois après, mort de pneumonie.

Observation LVI

Sarcome mélanique.

Jones Sydney a présenté à la Société de pathologie de Londres

un homme de 22 ans, qui portait un petit nævus à la partie interne et supérieure de la jambe gauche.

Un coup de bâton lui fit en cet endroit une blessure qui mit six mois à se fermer.

Il s'y forma un petit mélanome qui fut extirpé.

15 mois après, récidive locale et dans les ganglions inguinaux.

Nouvelle extirpation suivie d'une récidive.

Aujourd'hui encore la cuisse gauche est couverte de tumeurs variant de la grosseur d'un pois à celle d'une aveline, dont les plus grosses sont ulcérées ; on en trouve de plus petites sur tout le corps : toutes sont libres profondément, adhérentes à la peau. Les organes internes paraissent intacts. Stewart, à l'examen microscopique, a trouvé un sarcome mélanique ordinaire.

J. Sydney, *Tr. of. the path. soc. Lond.*, XXVIII, p. 219.

Observation LVII

Sarcome mélanique.

Femme de 45 ans, porte au cou une *verrue pigmentaire* congénitale.

Depuis deux mois s'y est développé un sarcome mélanique de la grosseur d'une noisette.

Extirpation.

4 semaines après mélanose généralisée.

3 mois après, mort.

Pitha et Billroth : *Handbuch d. allg. u. spec. Chir.*

Observation LVIII

Sarcome mélanique.

Enfant de 8 mois, porte sur le dos de la main, un nævus rouge, gros comme un pois.

Extirpation.

Un mois après sarcome mélanique.

Extirpation de cette tumeur.

Deux mois après mort de métastase pulmonaire.

Durante : *Arch. di. chir. prat. di Palasciano*, XI, 1884, et Benzler *Dis. inaug.* Berlin, 1880.

Observation LIX

Sarcome mélanique.

Femme de 50 ans, entrée chez Cusco à l'Hôtel-Dieu, en février 1880.

Avait une tache congénitale à la tempe droite.

Elle grossit et devient saillante.

Depuis deux mois, elle est dure, douloureuse, saigne facilement, et un ganglion pré-auriculaire s'est développé.

Ablation complète par le caustique sulfo-carbonique.

En octobre, récidive ganglionnaire étendue : tous les ganglions de la joue se dessinent en masses dures, douloureuses. Douleurs névralgiques intenses.

Pendant un mois phénomènes d'agitation et d'inquiétude, auxquels succède de l'hébétude, de la torpeur, avec anorexie et paralysie du voile du palais.

Parésie du bras gauche et de la moitié droite de la face.

Mort dans le coma, le 6 novembre, avec une température de 40°.

Autopsie. — Tumeurs dans les deux premières circonvolutions temporales droites ; du volume d'une noix, frambroisées, noirâtres, énucléables, avec une zône de ramollissement autour.

Pas d'examen microscopique.

Matthieu. *Soc. anat.*, Paris, 1880.

Observation LX

Sarcome mélanique.

Femme de 50 ans portant un nævus brun à la face interne de la cuisse.

Depuis deux mois un sarcome mélanique s'y est développé, il a le volume d'une noix.

Excision.

Benzler. *Diss. inaug.* Berlin, 1880.

Observation LX

Homme, 40 ans, phthisique, portant un nævus du creux axillaire gauche, siège de démangeaisons et irrité par le grattage.

Depuis un an, développement d'un sarcome mélanique, sur place, du volume d'une noisette.

En août 1879. Excision.

15 jours après, apparition d'une petite tumeur à l'épaule droite.

Dans l'espace de 6 mois, 150 autres tumeurs apparaissent sur tout le corps.

Benzler, *loc. cit.*

Observation LXII

Sarcome mélanique.

F emme de 24 ans, porte une tache pigmentaire à la jambe droite.

Celle-ci à la suite d'une contusion, se développe et dégénère en sarcome mélanique.

Extirpation 3 ans après le début.

Récidive peu après sur place.

Nouvelle extirpation.

Seconde récidive, dans les ganglions inguinaux ; nodules au bras droit, au dos, et à la région scapulaire droite.

Mort.

Liebe. *Diss. inaug.* Strasbourg, 1881.

Observation LXIII

Sarcome mélanique globo-cellulaire.

Femme, 52 ans, avait à l'hypogastre depuis un temps fort long, probablement depuis la naissance, une petite tumeur mélanique cutanée.

En juillet 1884, elle est enlevée par M. Monod.

Guérison rapide, mais 4 semaines après quelques petits noyaux bleus noirâtres indiquent un commencement de récidive.

Les ganglions inguinaux droits sont douloureux.

Elle rentre à l'hôpital, souffrant depuis 10 jours du ventre et présentant des troubles digestifs, de l'amaigrissement, de la faiblesse.

Le ventre, surtout l'hypocondre droit, grossit vite ; la malade tousse un peu, éprouve de la dyspnée ; son foie est gros.

Mort dans le coma, 15 jours après l'entrée.

Autopsie. — Les ganglions inguinaux, du volume d'une noix, sont mollasses, un peu d'ascite ; poids du foie 3600 gr.

Une trentaine de noyaux mélaniques dans la rate, quelques points dans les reins.

La face médiastine de la plèvre viscérale contient des végétations et des noyaux mélaniques allongés.

Sarcome mou à petites cellules mélaniques.

Hallé. *Soc. anat.*, Paris, 1884, IVe série, 9, p. 511.

Observation LXIV

Mélano-sarcome.

Homme de 56 ans, charpentier; pas d'antécédents, si ce n'est de la tuberculose chez des ascendants éloignés.

Il avait dans le dos deux nævi, qui, par le frottement des bretelles, ont été constamment irrités.

L'un d'eux donne naissance à une petite tumeur, qui, ouverte par un ami, laisse sortir un peu de sang.

Elle augmente, atteint le volume d'un œuf, bleuit, se pédiculise, une autre tumeur apparaît à 10 centimètres au-dessous.

Ablation facile, cicatrisation rapide.

Sept mois après, le malade porte 561 tumeursdont 144 noires, et 3 ulcérées après applications irritantes. Les testicules sont volumineux et adhérents au scrotum.

Quand il mourut, le nombre de tumeurs était d'un millier.

Autopsie. — Tumeurs dans l'hypoderme, le cœur, le foie, la rate, les intestins, l'épiploon.

L'examen histologique révèle un mélano-sarcome.

W. A. Rothacker, et J. A. Thompson de Cincinnati, *Méd. News*, 5 sept. 1885.

Observation LXV

Sarcome mélanique.

Femme de 35 ans, sans antécédents héréditaires.

Elle portait à la joue gauche un nævus pigmentaire, cutané, congénital, non saillant, gros comme une lentille, de coloration brun-noirâtre.

Il y a six ans, il grossit, prit le volume d'un pois, fit une lé-

gère saillie et augmenta pour rester quelque temps à la grosseur d'un haricot.

Il y a un an nouvel accroissement, malgré le traitement persévérant de la femme, qui mettait de la poix dessus tous les jours.

Quelques mois plus tard elle saigne : nouvelles applications de poix ; pas de douleurs.

Entrée à l'hôpital le 17 février 1887.

A la partie moyenne de la branche droite du maxillaire, croûte noire, du volume d'une noisette ; après qu'on l'eut détachée, on vit une tumeur bilobée, saillante, indolore, pas d'induration ni de ganglions.

« L'anatomie pathologique confirma le diagnostic de sarcome mélanique ».

Après l'opération, réunion par première intention.

Michel, *Th. Nancy*. 1887.

Observation LXVI

Sarcome mélanique.

M. Labougle présente à la Société anatomique de Bordeaux un sarcome mélanique de la face développé sur un nævus ; ganglions sous-maxillaires. Examen histologique *soigné* ; pas de récidive.

Soc. anat. Bordeaux, 25 mars 1889.

Observation LXVII

Sarcome mélanique.

Homme de 54 ans, porte sur le visage des taches brunes-noirâtres.

Il y a 12 ans, deux de ces taches, situées l'une à l'angle externe de l'œil droit, l'autre au lobule de l'oreille, se sont mises à grossir, et maintenant la peau de ces régions est le siège d'un sarcome mélanique.

Extirpation.

Mort d'érysipèle.

Simon, *Gaz. des Hop.*, 69, 1881.

Observation LXVIII

Mélano-sarcome.

Femme de 54 ans, portait au périnée un petit nœvus noir.

Après la ligature de celui-ci, apparut à la région inguinale gauche une tumeur du volume des deux poings.

Le 15 mai 1869, extirpation de la tumeur (mélano-sarcome), du ligament de Poupart, d'une partie des muscles de l'abdomen et de la gaine des vaisseaux.

La guérison se maintient au bout de 12 ans.

Fischer *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, XIV.

Observation LXIX

Sarcome mélanique.

Femme de 62 ans, portant un nævus sur la paroi abdominale, à droite et au-dessous de l'ombilic.

Il y a 6 mois, à la suite d'une égratignure faite à ce nævus, il s'y développe une tumeur ulcérée, bosselée, grosse comme une petite noix, adhérente à la peau.

En septembre 1878, extirpation.

Kolaczek. *Deut. Zeit. f. Chir.*, XII.

Observation LXX

Sarcome mélanique.

Femme de 52 ans, portait sur l'omoplate droit un nævus pigmenté.

Il y deux ans s'y développa une excroissance molle, grosse comme une pièce de 30 Pfs., de couleur grise, et parsemée de points noirs.

Extirpation en mars 1878.

Id. ibid.

Observation LXXI

Sarcome mélanique.

Femme de 44 ans, portait au bras gauche un nævus qui s'est mis à pousser des végétations depuis deux ans.

Excision en 1875.

Guérison?

Billroth. *Chir. Klin. Wien.*, 1871-76.

Observation LXXII

Sarcome mélanique.

Malade inconnu. Portait depuis son enfance sur le dos du pied droit un petit nævus brun.

Celui-ci s'accrut tout à coup et se suréleva peu à peu.

Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume.

Extirpation de toutes ces tumeurs en deux fois, le 6 mars et le 9 avril 1869.

Guérison au bout de 3 mois.

Mort d'une maladie du foie.

Fischer, *Deutsch. Zeit. f. Chir.*, XIV.

Observation LXXIII

Sarcome mélanique.

Homme de 24 ans, porteur d'un nævus au bras droit.

Depuis, il a acquis le volume d'une pomme et a dégénéré en mélano-sarcome.

Mort 4 mois après le début, avec une métastase ganglionnaire.

A l'autopsie, le foie et les poumons ne paraissent pas être le siège de mélanose.

Billroth. *Loc. cit.*

Observation LXXIV

Lymphadénome.

M. Heurtaux de Nantes - fait la communication dont voici le résumé.

Femme, 26 ans, domestique, porte au dos du poignet gauche une tache pigmentaire de naissance. Elle n'a pas fait de maladie, mais est lymphatique et maigre.

A la fin de 1870 la tache ressemblait à une verrue.

Elle s'accrut, se boursoufla, s'ulcéra et devint fongiforme. Un médecin Rennois, coupe le pédicule ; la cicatrisation se fait mal, et exige quelques cautérisations. Enfin la plaie se guérit et la cicatrice est normale.

A la fin de 1871 parurent, au dos de l'avant-bras gauche, des petites tumeurs ; en même temps, d'autres étaient perceptibles au toucher ; chose assez bizarre, dont pourtant nous avons trouvé l'analogue une fois dans nos observations (1), ces tumeurs, au dire de la malade, se déplaçaient ou disparaissaient parfois.

En mars 1872 les tumeurs, du volume de grosses olives, sont rangées au nombre de 6 sur deux lignes ; la peau, adhérente à toutes, est rosée sur 4 d'entre elles, blanche sur les deux autres ;

1. V. Obs. CXIV.

au tiers supérieur du côté externe de l'avant-bras et au pli du coude de petits tubercules marquent la place occupée par les ymphatiques.

Pas de ganglions.

Après un traitement par l'iodure de potassium, quelques tumeurs disparaissent, de nouvelles se montrent.

En mai elle entre à l'Hôtel-Dieu.

En juillet on compte 25 tumeurs sur le trajet des lymphatiques ; la malade se plaint de vives douleurs.

On cautérise au chlorure de zinc ; les tumeurs du tiers externe du bras s'ulcèrent.

Au 1er novembre, l'état général est très mauvais, les lymphatiques sont toujours malades, sans que les ganglions paraissent atteints.

Elle meurt le 25 janvier 1873.

Autopsie. — Les viscères et les ganglions sont sains.

La rate est fibreuse.

L'examen microscopique du suc fait penser à un carcinome encéphaloïde, mais celui des coupes pratiqué par MM. Malherbe et Heurtaux fit porter le diagnostic de lymphadénome (sarcome globo-cellulaire lymphadénoïde de Rindfleisch).

Heurtaux, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1875, 28 janvier.

Sarcomes sans autre désignation.

Observation LXXV

Senftleben décrit le cas d'un garçon de trois semaines, chez qui un nævus congénital de la cuisse, lésé quelques semaines après la naissance, se transforma en une tumeur sarcomateuse, qui fit une récidive.

Arch. f. Klin. chir., 1861, I, 118 (Cité par Virchow, *in Path. tum.*, tome II, p. 229.

Observation LXXVI

Sarcome.

Femme de 45 ans : sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. Elle-même avait à la jambe gauche un nævus pigmentaire congénital ; elle a fait une pneumonie à 16 ans, et une rougeole bénigne à 20 ans.

A 38 ans, le nœvus commença à grossir, lentement d'abord pendant 5 ans.

Il y a un mois la tumeur saigna abondamment, provoqua des syncopes, et le développement devint si rapide, qu'au 8 juin, elle avait doublé de volume.

Ablation, guérison.

M. le professeur agrégé Remy, qui pratiqua l'examen histologique, porta le diagnostic de sarcome.

Petit. *Progrès médical,* 1880, p. 36.

Observation LXXVII

Sarcome.

Nouvelle née, elle porte à l'avant-bras une petite tumeur violacée, du volume d'une noisette.

Ponction exploratrice.

Développement très rapide. La tumeur, en 10 jours, atteint le volume d'un œuf.

Ablation à l'écraseur.

Récidive sur place.

Guérison après des cautérisations répétées.

Mort de broncho-pneumonie.

Diagnostic. — Sarcome.

De Saint-Germain. *Revue des maladies de l'enfance,* 1883, p. 33.

SECTION III

Tumeurs sans diagnostic de genre.

1° Tumeurs désignées sous le nom de *Tumeurs mélaniques* ou *Mélanose.*

Observation LXXVIII

Norris raconte l'histoire d'un homme qui fut atteint d'une mélanose ou, comme il dit, d'une maladie fongoïde, et dont le père, le frère et les enfants portaient tous différents nævus. Le père mourut probablement de la même maladie, et le plus jeune des fils présentait un nævus exactement à la même place où la maladie du père s'était montrée.

Edinb. med. a. surg. J. 1820, oct. p. 562, Cité in Virchow. *Path. des tumeurs*, I, p. 229.

Observation LXXIX

Tumeur mélanique.

Homme de 28 ans, porte un nævus à la partie supérieure droite du sternum.

Dégénérescence de ce nævus en tumeur melanique. Ablation.

D'autres tumeurs se montrent en divers points des téguments ; en général elles ont au début une teinte rouge, leur coloration ne passe au noir qu'avec le temps.

Bientôt les tumeurs se multiplièrent, et des symptômes apparurent, qui semblaient se rapporter au développement de tumeurs dans le cerveau. Enfin le malade succombe, après avoir présenté, aux derniers moments, quelques signes de péritonite.

A l'autopsie, on trouve en plusieurs points du cerveau des tumeurs [illegible], quelques-unes formées, dit l'auteur, par du sang en voie de dégénérescence; tumeurs mélaniques aussi dans le corps thyroïde, la peau et à la face muqueuse de l'intestin.

Dans les poumons, le foie et la rate, aucune lésion.

Béhier. *Arch. gén. de méd.*, 1839.

Observation LXXX

Enfant de 8 ans, d'une très bonne santé, avait dès son bas-âge une tumeur paraissant bleu foncée au travers de la peau, siégeant au milieu de la base de l'omoplate gauche.

Depuis 5 ans, elle croît peu à peu, sans douleur.

Excision dans les tissus sains : on trouve dans le tissu connectif voisin des grains noirs.

Guérison; pas de récidive après 16 mois.

A la coupe, on voit une masse noire, circonscrite, recouverte de peau saine partout; le siège primitif paraît être le réseau de Malpighi.

Melanosis of the skin. Med. Times, May., 1853.

Observation LXXXI

Homme de 45 ans, porte près de la cicatrice ombilicale un nævus qui a pris depuis plusieurs années un grand développement.

Pas d'antécédents.

Ablation.

Dans le courant de l'année, réapparition sur place, avec mélanose dans les tissus.

Nouvelle extirpation suivie de récidive ganglionnaire.

Une troisième extirpation fut suivie de l'apparition de [illegible] à l'abdomen, et autour de la tumeur primitive.

Mort 5 ans après le début.

A l'autopsie, l'on trouve un dépôt mélanique autour de l'ombilic. Cinq tumeurs mélaniques adhèrent aux muscles abdominaux.

L'auteur a remarqué que les poils de cet homme, qui étaient d'un brun noir, ont blanchi en un an, comme s'il y avait eu une aberration du pigment.

Fergusson, *Med. Times*, nov. 1855.

Observation LXXXII

Femme de 80 ans, entrée à la Pitié, le 29 janvier 1860, de constitution robuste.

A porté de tout temps un petit bouton à la région malaire.

Celui-ci s'est accru depuis 6 ans, il a la dimension d'une pièce de 2 francs. Deux ganglions parotidiens.

Elle meurt d'érysipèle.

Cette tumeur s'arrête au tissu cellulaire ; le derme est détruit. Les deux ganglions sont superficiels, ils laissent écouler une matière noire. Pigment dans les poumons.

Lancereaux, *Compt. Rend. de la Soc. biol.*, 1860.

Observation LXXXIII

Dame de 59 ans, voit se développer sur une tache brune qu'elle portait à la grande lèvre une tumeur mélanique.

Extirpation.

Récidive sur place et dans les ganglions.

Extirpation.

Deux mois après apparition de petites taches noires près de la blessure, et de phénomènes encéphaliques.

Mort six mois après l'opération ; pas d'examen microscopique.

Prescott Hewett, *Lancet* 16 mars 1861.

Observation LXXXIV

N....

Nævus du bras gauche enlevé par des cautérisations.

Dans la cicatrice se développa une tumeur mélanique.

Fergusson W. *Lancet*, *Lond.* 1861, I, 262.

Observation LXXXV

Cancer mélanique développé sur un nævus pigmenté.

Thompson H. *Tr. Path. Soc. Lond.* 1860-1861, 206.

Observation LXXXVI

Nævus dégénéré en tumeur mélanique.

Extirpation.

Récidive dans la peau et les viscères.

Bryant, *Tr. Path. Soc. Lond.* 1862-1863. XIV 246 — ou *Lancet Lond.* 1863, II, 37 — ou *Med. Tim. a. Gaz. Lond.*, 1863, I, 480.

Observation LXXXVII

Femme de 55 ans, porte à l'avant-bras droit une petite tache, datant d'un temps très long, probablement même congénitale.

La mère est morte à 77 ans d'un cancer de l'abdomen ; un oncle et une tante maternels sont également affectés de cancer.

Depuis deux ans une tumeur s'est développée sur la tache, et quand Arnott la voit elle possède plusieurs centaines de tumeurs mélaniques et les ganglions axillaires sont envahis.

Morte.

A l'autopsie on trouva seulement des masses cancéreuses dans les parois abdominales, et un tubercule dans le rein droit.

Arnott. *Tr. of. the Path. Soc.*, XX, p. 322.

Observation LXXXVIII

Homme 26 ans.

Nævus du bras.

Tumeur mélanique développée sur place depuis 7 ans.

Billroth. *Chir. Klin. Wien* , 1871-76.

Observation LXXXIX

N...

Nævus sur la peau de la partie supérieure du bras droit.

Il se développe sur place une tumeur, très pigmentée, grosse comme le poing, qui a envahi le deltoïde droit.

Extirpation.

Glück. *Arch. f. Klin. Chir.*, XXV.

Observation XC

Homme de 31 ans, entré à Saint-Louis chez le D[r] Péan. avait un nævus congénital au cou-de-pied.

Après des excès de marche, il survint une excoriation sans tendance à la guérison.

Des cautérisations à la pâte de Vienne furent suivies d'une ulcération, avec rougeur et douleur dans la partie inférieure de la jambe. Puis apparurent des ganglions inguinaux. Enfin la marche devint impossible.

L'ulcération, placée sur le dos du pied, et entourée d'un bourrelet cutané induré, secrète une matière noirâtre.

Extirpation.

Guérison 4 semaines après.

Perrin. *Th. Paris* 1886.

Observation XCI

Femme de 75 ans, porte au bras une tache cutanée congénitale.

Il y a deux ans apparaissent des nodules autour de celle-ci et des ganglions axillaires.

Le 3 septembre 1883. Large extirpation de la tumeur et des ganglions.

Plusieurs mois après, mort avec des symptômes de métastase hépatique.

Wagner, *Münch. Med. Woch.*, 1887.

Observation XCII

Homme de 50 ans, porte dans le dos une ancienne tache pigmentaire, qui a commencé à grossir il y a deux ans.

Section du pédicule et cautérisation.

Réapparition au même point.

Cautérisation. Récidive.

Section du pédicule de la nouvelle tumeur.

Envahissement des ganglions axillaires et apparition de trois nodules dans la peau du dos.

Extirpation du tout.

Mort de mélanose généralisée moins d'un an après.

Idem. Ibidem.

Observation XCIII

Homme de 20 ans, porte au dos du pied un nævus pigmentaire congénital.

Celui-ci est blessé en 1879 par le frottement de la chaussure et commence aussitôt à s'accroître.

En juin 1880. Extirpation.

Récidive.

En 1881. Nouvelle extirpation.

En octobre. Récidive.

En janvier 1882. Envahissement des ganglions inguinaux, taches pigmentaires au dos et au cou.

Le 6 mars 1882. Extirpation de la tumeur.

Le 7 mars 1882. Extirpation des ganglions.

Généralisation, mort plusieurs mois après.

Id. Ibid.

Observation XCIV

Femme de 74 ans porte à la jambe un nævus congénital.

Depuis août 1881 il augmente de volume.

En janvier 1882 — Apparition de nodules violacés autour, et engorgement ganglionnaire.

En mai. Affaiblissement général.

30 juin. Mort.

Généralisation au foie et aux poumons.

Id. ibid.

Observation XCV

Homme de 25 ans, porte au dos une verrue congénitale.

Par suite du port de lourdes charges, il y a 1 an et demi, elle augmente de volume.

Pas de ganglion.

Le 10 juin 1886. Extirpation.

Le 12 août. Guérison.

Pas de nouvelles depuis.

Id. ibid.

Observation XCVI

Homme, 17 ans, porte au dos un nævus pigmentaire.

Depuis 5 mois celui-ci grossit beaucoup.

Apparition de tumeurs noirâtres près du nombril et de ganglions inguinaux bilatéraux.

Le 12 mai 1881. Extirpation.

Pas de récidive depuis 5 ans 1/2.

Id. ibid.

Observation XCVII

Femme, 18 ans. Tumeur congénitale de la paroi abdominale.

Depuis 6 ans, et malgré de nombreuses cautérisations elle a augmenté de volume.

Pas de ganglions.

Le 30 juin 1882, excision de la tumeur avec 3 centimètres de peau saine autour.

Pas de récidive depuis 4 ans 1/2.

Idem, ibid.

Observation XCVIII

Femme, 34 ans.

Nævus pigmentaire au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, non douloureux, mais gênant pour le port des robes.

Excision faite par un médecin.

Récidive et nouvelle ablation.

6 mois après le début troisième récidive.

Cautérisation.

5 mois après de petites nodosités surviennent sur la peau. Les forces diminuent, les selles sont noires.

Entrée à l'hôpital le 27 décembre 1886.

La tumeur est colorée, fongiforme, à pédicule large et court, de la dimension d'une pièce de 5 francs, violacée, indolore.

Morte de généralisation le 8 janvier 1887.

Pas d'autopsie ni d'examen microscopique.

Hausalter. *Rev. méd. de l'Est*, 18 février 1887.

Observation XCIX

Homme de 62 ans, porte à la cuisse une tache congénitale.

Au milieu de 1881 survint une tumeur.

Opération en juillet 1882, c'était un sarcome mélanique.

5 mois après, récidive sur place, ganglions inguinaux. Bon état général, extirpation le 25 janvier 1883.

Albuminurie, cystite, abcès péri-uréthral.

Mort le 11 février 1883.

Autopsie. — Calculs vésicaux, foyers métastatiques à contenu gangréneux dans les deux poumons. Pleurésie bilatérale ; nodules mélaniques dans le petit bassin et l'intestin.

Dieterich. *Arch. f. Klin. chir.*, XXXV, 1887, p. 317.

Observation C

Femme de 70 ans.

Tache congénitale du nez, s'accroît depuis 3 ans. Un médecin la cautérise.

Elle voit à peu de temps de là une tache noire sur l'abdomen et la main gauche.

Morte en novembre 1883.

Idem. Ibid., p. 316.

Observation CI

Femme de 35 ans.

Elle portait au côté gauche de la poitrine un nævus jusque là stationnaire.

Mais il y a quelque temps, son enfant étant atteint du croup, elle veilla plusieurs jours et plusieurs nuits sans quitter son corset.

Son nævus irrité par le frottement, se transforma en une tumeur mélanique, et des ganglions axillaires apparurent.

On extirpa la tumeur et les ganglions, ceux-ci sont à l'état de bouillie noirâtre.

Soc. anat. de Bordeaux, 1890.

Observation CII

Homme de 30 ans.

Depuis 10 ans, un nævus congénital qu'il portait à la région du foie a dégénéré en tumeur pigmentée.

Dix ans après l'opération mort de mélanose généralisée.

Meissner, *Schmidt's. Jahrb.*, 1865.

Observation CIII

Homme de 24 ans, portait au gland une petite tache bleue noirâtre.

Une tumeur grosse comme un pois s'y est développée depuis un an.

Extirpation en novembre 1861.

15 jours après, survient une récidive qui nécessite l'amputation du gland.

Après un mois et demi, récidive ganglionnaire.

Extirpation.

Mort 4 mois après de mélanose généralisée.

Meissner, *loc. cit.*

Observation CIV

Malade inconnu, atteint de plusieurs tumeurs mélaniques de la peau du dos, développées au dépens d'un nævus pigmenté.

Walzberg et Riedel. *Deut. Zeit. f. Chir.*, XV, 1881.

Observation CV

Femme de 70 ans, portait plusieurs taches pigmentées.

Deux d'entre elles, l'une près du nez, l'autre sur la peau de

l'abdomen, donnèrent naissance, en 1880, à deux tumeurs pigmentées.

La mort survint au bout de trois ans et demi, le 19 novembre 1883.

Chir. Klin. Heidelberg, S. Fall.

2° *Tumeurs* désignées sous le nom de *cancer*, ou sans aucune désignation.

Observation CVI

Wardrop mentionne le développement d'une tumeur cancéreuse aux dépens d'une verrue noire de la peau de l'abdomen.

Le sujet de l'observation était une jeune fille de 12 ans, qui mourut de cette maladie.

Wardrop, *Obs. on fungus hematodes*, p. 189.

Observation CVII

Officier ; présente sur la tubérosité interne du tibia gauche un nævus maternus d'abord cutané qui, après plusieurs modes de traitement, necessita, par sa tendance à la repullulation, l'amputation de la cuisse.

Il se produisit dans le moignon, alors qu'il était presque cicatrisé, une tumeur présentant les caractères du fongus cancéreux.

Bégin, *Encycl. générale de chir.*, 1839.

Observation CVIII

(Traduction due à l'obligeance de notre vieil ami, le Dr U. Monnier).
A case of Fungus Hœmatodes, by George Langstaff. Esq. Surgeon. New Barringhall street, communicated by William Lawrence, Esq.

Read. nov. 10, 1812.

John Whitehorn, cordonnier, âgé d'environ 30 ans, de stature moyenne, plutôt corpulent et de cette complexion particulière à la femme dont la constitution a subi l'influence d'une longue absence de ses règles. Il vint me voir, le 24 octobre 1811, montrant une petite tumeur de l'épaule gauche, située au milieu de l'épine de l'omoplate.

Elle est du volume d'une cerise et présente une coloration bleuâtre.

Cette tumeur a pris naissance sur un large nævus congénital qui, depuis 18 mois, était graduellement devenu douloureux. C'est un fungus douloureux et saignant parfois. Avant cette époque l'état général de Whitehorn était très bon.

La veille du jour où je le vis, il s'était formé dans l'aisselle gauche deux autres tumeurs de la grosseur de petites noisettes, elles étaient indolores, et la peau y avait un aspect normal.

J'enlevai la tumeur, le 26 octobre; l'opération donna lieu à une hémorrhagie considérable de la part de nombreux petits vaisseaux. La partie enlevée consistait en une masse vasculaire d'origine cutanée.

Une tendance à la formation de fungus retarda la guérison de cinq semaines et la cicatrice n'avait pas une apparence normale.

Les tumeurs axillaires s'accrurent graduellement et ne formèrent bientôt qu'une masse dont le volume demeura le même malgré l'emploi local de divers moyens; sangsues, cataplasmes froids et diverses applications stimulantes.

La santé s'altéra, en particulier les fonctions intestinales : on employa de petites doses de mercure, des purgatifs, des toniques, et la diète fut prescrite.

En décembre la tumeur s'accrut jusqu'à occuper toute l'aisselle, du grand pectoral au grand dorsal : elle s'étendit en profondeur, sous les muscles, et comprima les nerfs et les vaisseaux axillaires. La circonférence et la base étaient dures comme un sein cancéreux : le corps de la tumeur était élastique et semblait divisé en petits sacs contenant du liquide : la surface était irrégulière et les bosselures donnaient au toucher la sensation de liquide contenu dans des kystes. La peau était tendue et d'une couleur rappelant celle de l'érysipèle : cependant la température restait normale.

La tumeur ne fut point douloureuse jusqu'à la fin de novembre : alors survint un violent accès local, avec fièvre intense et persistante : le malade ressentit parfois une douleur mordicante dans la tumeur.

L'une des bosselures de la partie supérieure s'accrut considérablement et le tissu sous-cutané s'amincit ; elle contenait évidemment du liquide et était très sensible au toucher. On n'y trouvait ni pulsations, ni chaleur. Cet état dura quelque temps ; la constitution du malade en souffrit beaucoup et s'altéra. Je me décidai à faire une légère ponction, tant pour essayer de soulager le patient que pour m'éclairer sur la nature de la tumeur.

Cinq onces de sang foncé sortirent par l'ouverture et cette évacuation fut suivie d'un soulagement immédiat.

Je fermai la plaie (de la grandeur environ de celle qui résulte de la saignée) avec un emplâtre adhésif : une grande quantité de sanies et d'ichor s'écoula dans la nuit non sans débiliter grandement le patient.

La tumeur s'accrut peu depuis cette période et resta indolore jusqu'au 12 janvier.

Alors survinrent des douleurs excruciantes et mordicantes dans la tumeur, dans la nuque et le long de la partie inférieure

du bras. Elles étaient parfois si horribles que le patient craignait d'en mourir. La circonférence de la tumeur s'élargit beaucoup, les bosselures conservant néanmoins leur élasticité, et la face profonde de la peau devint rouge pourpre. Cette douleur et ce mauvais état général continuèrent accompagnés de dyspnée jusqu'au 19 janvier, sans être améliorés par le traitement tant local que général.

Le 8 février. — La tumeur mesurait six pouces et demi suivant son axe : le point central, surélevé en forme de mamelon, paraissait couvert seulement d'une cuticule ; il était surmonté d'un disque, d'une belle couleur rouge pourpre, mesurant deux pouces et demi. La peau qui recouvre la tumeur est graduellement zébrée, rouge et pourpre foncé, le tout est très analogue à une large mammite. La douleur violente, que j'ai décrite, s'accompagna de sensations mordicantes, passant de l'aisselle à la poitrine, et de dyspnée.

Pendant les paroxysmes de la douleur, le pouls variait de 100 à 120, descendant de temps en temps à 66.

Le 20. — La face profonde de la peau, sur la bosselure mastoïde (nipple-like projection), prit une apparence blanc sale, au point le plus proéminent, et il en sortit un liquide ichoreux.

La cuticule s'ouvrit le 22, et par l'ouverture qui pouvait admettre l'extrémité d'un stylet, sortit une quantité considérable de sang et d'ichor. La tumeur crut insensiblement et mesurait le 25 neuf pouces sur six.

27 février. — L'évacuation se continua copieuse et inodore, ce qui n'était jamais arrivé depuis le commencement. La face profonde de la peau, au centre de la tumeur, paraissait rouge brun, et si mince dans toute son étendue, que je pensai que le contenu allait bientôt faire issue.

29 février. — Pas de tendance à la cicatrisation. On introduit un stylet jusqu'à l'aisselle sans que l'évacuation soit plus considérable à la suite ; pourtant la fluctuation pouvait faire supposer la présence d'une grande quantité de liquide.

Une autre bosselure, douloureuse et dure, de la grosseur d'un pois, se développa sur l'épaule, un pouce au-dessous de la précédente.

1er mars. — Augmentation du diamètre horizontal ; sortie de sérum et de sang ; les téguments sont bruns rouges et épais. Une quatrième tumeur semblable, se développe sur l'épaule, à un pouce des ganglions axillaires envahis.

Le 2. — La santé décline ; le malade s'affaiblit : il souffre cruellement à la poitrine et aux reins ; la respiration s'accélère, l'évacuation continue, la tumeur augmente : douleurs.

6. — Augmentation étonnante de la tumeur dont la dimension est maintenant de 14 pouces.

La peau, dans une étendue de deux pouces autour de la partie qui s'étendait d'abord sous l'ouverture à travers laquelle le liquide avait surtout fait issue, est épaisse, proéminente et paraît sur le point de s'abcéder.

La circonférence, où les téguments s'étaient ulcérés, s'élargit et redevient tendue par le liquide.

La nouvelle peau est fibreuse et adhérente.

La douleur était si violente depuis cette distension que je fus d'avis de ponctionner ; le soir, les téguments cédèrent, le sang sortit, le malade fut soulagé, cependant il semblait y avoir encore du liquide dans la tumeur.

10 mars. — La dyspnée s'accroît : hémoptysies, les téguments s'ulcèrent à la partie convexe, s'ouvrent et laissent passer un stylet ; l'évacuation est considérable, mais le volume reste le même.

La douleur, la dyspnée et les autres symptômes augmentent accompagnés de coliques et de diarrhée.

La tumeur paraît se sphacéler, l'évacuation devient insensible ; malgré la cachexie extrême du malade, il persistait chez lui une disposition néoplasique, si bien qu'une tumeur sortit à droite et une autre sur le dos, en même temps que la première s'élargissait. Des nausées violentes accompagnées de douleurs et de symp-

tômes dysentériques, continuèrent jusqu'au 16 mars, jour de la mort.

Autopsie. — Après avoir isolé les téguments de la base de la tumeur et disséqué en arrière celles qui couvraient la poitrine et la face postérieure du bras, les surfaces étaient formées de tumeurs de dimensions variées et pourpres entre le grand et le petit pectoral jusqu'à l'origine de celui-ci et à deux pouces en arrière du grand dorsal, sans avoir altéré leur structure. Les ganglions axillaires sont plus gros qu'à l'état normal, les vaisseaux et les nerfs imbibés dans le bas ; mais, sauf le nerf de Casserius, qui était complètement serré dans la tumeur, ils n'étaient pas assez comprimés pour avoir l'air dégénéré.

La masse pesait quatre livres, et, quand les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané furent enlevés et les nerfs et les vaisseaux nettoyés, elle ressemblait beaucoup à une énorme grappe de muscat noir (*black muscadine*).

Les bosselures situées sur la partie externe de la tumeur principale avaient la constitution spongieuse qui caractérise cette maladie, et a été décrite par ceux qui ont parlé du *fungus hematodes* (*Burns*, *Hey*, *Wardrop*).

Quelques-unes des bosselures furent sectionnées, elles étaient formées d'une substance médullaire, onctueuse comme le cerveau, avec du sang coagulé ; d'autres d'une substance grise, quelques-unes noires et de la même structure.

Elles contenaient un liquide semblable au pigment choroïdien ou au liquide, de couleur noire, des ganglions bronchiques.

Après l'expression de ce liquide, il ne resta plus que des kystes cellulaires contenant un reticulum fibreux délié, formé des ramifications même des vaisseaux sanguins.

La masse principale de la tumeur fut immédiatement divisée : elle présentait un ensemble irrégulier et confus comme les bosselures et contenait un stratum de substance cellulaire condensée fibro-réticulée : elle était creusée de trois cavités contenant chacune une once de sang coagulé.

Le prolongement de la partie antérieure de la tumeur n'avait pas pénétré sous les téguments, mais au-dessous d'eux elle se transformait en substance blanchâtre.

Il y avait beaucoup de petits vaisseaux sanguins. Je trouvai sur le sternum et sous le périoste, une tumeur de la dimension d'une noix, de couleur brun-rouge et de structure pulpeuse.

Elle avait repoussé l'os pour insinuer ses prolongements sur ses deux faces : elle était seulement suspendue par les membranes ligamenteuses qui couvraient les deux faces de cet os.

Le sternum était poli, sa trame remplie de la même matière qu'une moitié de la tumeur. Quelques côtes présentaient des tumeurs semblables sous le périoste près des cartilages.

Le foie, d'un rouge pâle, onctueux au toucher, était parsemé de tumeurs de volumes variés encapsulées : quelques-unes étaient composées d'une matière médullaire striée de sang : d'autres, de couleur cendrée, étaient entrecoupées de tissu fibreux.

Une petite tumeur semblable existait entre les feuillets du péritoine (*ligament suspenseur du foie*) : deux autres se voyaient à la tête du pancréas ; la première près du corps, grosse comme un œuf de pigeon ; la seconde, du volume d'une noisette, mais reliée seulement par une substance cellulaire à ce viscère parfaitement sain.

L'estomac, le duodénum et le jéjunum sont sains : le contenu muqueux de l'iléon est très épaissi et semble couvert d'une couche de lymphe coagulable de couleur de granit.

Je fus conduit à supposer que les valvules conniventes étaient fortement agglutinées, et que leurs extrémités épaissies étaient enduites de la même substance.

Le cœcum, l'appendice et le colon présentent les mêmes lésions à un degré plus avancé : quelques parties des intestins sont plus vasculaires qu'à l'état normal.

Les ganglions iliaques et lombaires sont hypertrophiés mais ne partagent pas la dégénérèscence des tumeurs primitives (comme cela se voit dans les sarcomes médullaires de Abernethy).

Le péricarde et le cœur sont sains ; les poumons sont semés de petites tumeurs semblables à celles du foie, plusieurs se trouvent sous la plèvre : le lobe droit contient beaucoup de sang et de mucus.

En réclinant les téguments du crâne, on trouve, sur le vertex, une autre tumeur qui n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie et avait atteint légèrement l'os.

En détachant la calotte crânienne, on voit, sur la dure-mère, sous l'occipital, une tumeur qui avait rongé l'os et mis à nu le diploé. Rien autre chose d'anormal, sauf que les ventricules sont pleins de sang.

Les testicules sont sains.

Med. chir. Tr. by med. a. chir. Soc. Lond.

Observation CIX

Malade de 77 ans, porte depuis « longtemps » sur la face dorsale du pied gauche une petite tumeur.

Cette tumeur s'est accrue depuis 3 mois.

L'application, faite en ville, de nombreuses pâtes caustiques, détermina la production d'une eschare, dont l'élimination donna lieu à une abondante hémorrhagie.

Lymphangite, traitée par du coton imbibé de perchlorure de fer.

Mort subite par embolie dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire.

Ovion. *Soc. anat.*, 1878.

Observation CX

Nævus de la face.

Tumeur développée sur place.

Hutchinson, *Méd. Tim. a. Gaz. Lond.*, 1879, II, 690.

Observation CXI

Tumeur développée sur un nævus.

Paget, *id.*, 1864, n. s., I, 58.

Observation CXII

Homme de 57 ans, cultivateur à Châlons-sur-Marne.

Pas d'antécédents pathologiques. Depuis l'enfance, au niveau de l'articulation phalango-phalangienne de l'orteil gauche, se trouvait un grain de beauté noirâtre, du volume d'un pois.

Il y a 18 mois, excoriation par une chaussure étroite.

Un médecin, voyant la surface bourgeonneante, la cautérise au nitrate d'argent ; la cicatrisation s'obtient après quelques semaines, mais il survient une tuméfaction inguinale, qui, à son entrée à l'Hôtel-Dieu (salle saint-Louis) a le volume d'une tête de fœtus, une forme circulaire, présente des bosselures, dont plusieurs noires, des adhérences à la peau, une division en lobes et en lobules.

Pas de douleurs, ganglions dans la fosse iliaque gauche ; la cicatrice primitive, linéaire, de 5 millimètres sur 1, est noire et adhérente.

Bon état général.

Pas d'opération.

Augagneur, *Th*, *Galliard*, Lyon 1882.

SECTION IV

1° *Tumeurs développées auprès d'un nævus.*

Observation CXIII

Homme de 64 ans, porte à la commissure droite une tache noire, congénitale, grosse comme un pois.

Auprès de cette tache se développa une petite tumeur, qui, en un an, atteignit le volume d'une petite orange ; la peau à sa base est colorée, elle est mobile, et sa surface est recouverte de croûtes.

Cette tumeur est encore nettement isolée.

On note plusieurs gros ganglions sous-maxillaires adhérents.

Pas d'antécédents héréditaires.

Au bout de 3 semaines, guérison, pas de récidive.

L'examen microscopique montre des cellules fusiformes. grandes, granuleuses pour la plupart, ou pleines de pigment noir.

A un grossissement de 400 D. on y aperçoit un ou deux noyaux colorés.

F. Mason. *A case of melanotic tumour developped near a congenital mole :*]*in Brit. méd. journ.,* 4 oct., p. 393, 1873.

Observation CXIV

Femme adulte, porte sur la joue une petite tumeur dont l'origine n'est peut-être pas congénitale.

Près de celle-ci, et tranchant sur sa teinte brune par sa couleur noire, vient une tumeur qui la déplace à mesure qu'elle se développe.

La malade a d'ailleurs remarqué que sa tache primitive a présenté les variations de formes les plus diverses.

Diagnostic sarcome.

Ablation.

Guérison.

Soc. anat. Bordeaux, t. IX, p. 88. Cf. Obs LXXIV.

Tumeurs développées *primitivement dans les ganglions.*

Observation CXV

Homme, 21 ans.

Avait une tache noire congénitale à la joue gauche, avec des poils blancs.

Il l'écorche en juin 1874.

Deux mois après survient une tumeur ganglionnaire énorme.

Ablation le 11 mai, et M. Marcano, d'après l'examen histologique, porte le diagnostic de sarcome fuso-cellulaire avec îlots de matière mélanique dans le protoplasme des cellules.

Apparition de nouvelles tumeurs dans le tissu cellulaire sous-cutané, placées symétriquement, et variant du volume d'une noisette à celui d'une noix. Elles occupent l'épigastre, la région mammaire et la partie supéro-externe des deux cuisses.

L'une de ces tumeurs s'ulcère, les autres s'accroissent ; deux d'entre elles s'affaissent, et laissent écouler du sang et de la matière noire.

Mort de cachexie le 15 décembre 1875.

Autopsie. — Les tumeurs du tissu cellulaire sont formées de matière noire, ramollie au centre. Les viscères sont intacts.

Leger et Féré, *Soc. anat.*, Paris, 1875, pp. 184 et 833.

Observation CXVI

Un jeune homme robuste portait à la hanche un nævus pigmentaire verruqueux.

Cette petite production s'ulcéra sous l'influence du pantalon. Busch refusa l'opération et fit appliquer sur cette surface suintante des cataplasmes d'eau blanche.

L'épiderme s'épaissit ; et, au bout de deux mois, la teinte de la tumeur s'est très éclaircie. Quand le patient commence à remettre son pantalon de nouveaux symptômes d'irritation se manifestent. S'en laissant imposer par la disparition de la pigmentation, Busch extirpe le nævus qui n'offrait plus que quelques granulations noirâtres par places.

Quelques mois plus tard ce jeune homme succombait à un mélanome intracrânien.

Busch : *Du danger d'extirper les tum. malignes; in Ber. klin., Woch.*, n° 16, 1880, 19 avril.

Observation CXVII

Femme, 35 ans.

Nævus pigmentaire de l'aile du nez.

Dégénérescence ganglionnaire.

Extirpation.

Kolaczek. *Deut. Zeit. f. Chir.*, XII.

Observation CXVIII

Homme, 54 ans.

Tache congénitale du dos ; grattages.

Depuis un an, ganglions axillaires, puis nodules multiples dans le dos.

Wagner, *Münch. med. Woch.*, 1887.

Observation CXIX

Femme, 23 ans, couturière, portait un nævus pigmentaire sur le dos du pied gauche.

En février 1886, il grossit ; un médecin le cautérise ; mais la plaie fut longue à se fermer.

En avril, les ganglions inguinaux deviennent douloureux.

En août, entrée à l'hôpital ; la cicatrice du pied est brune.

On trouve trois ganglions inguinaux, noirs, indépendants, durs, douloureux ; la peau y est mobile et non colorée.

On extirpe ces tumeurs, les jugeant scrofuleuses.

Examen histologique. — Dégénérescence mélano-sarcomateuse.

Trois semaines après, nouveau ganglion.

Plus tard, tumeur à l'épaule, généralisation. Mort.

SECTION V

Tumeurs mélaniques bénignes (1).

Observation CXX

Bull. de la Soc. anat. path. de Nantes, 1889, séance du 8 mai, pièce n. 94.

Femme de 58 ans, porte sur la joue droite une petite tumeur noire, de la grosseur d'une lentille, qui a à peine augmenté de volume depuis 4 ans.

Au microscope on y voit comme élément principal du tissu conjonctif embryonnaire, constitué par de petites cellules rondes. Ce n'est pourtant pas un sarcome, car les vaisseaux que l'on y rencontre sont parfaitement constitués. Les glandes de la peau, surtout les glandes sudoripares, présentent une prolifération active de l'élément cellulaire.

En somme, au point de vue microscopique, l'ensemble de la tumeur, malgré une mélanose assez confluente, paraît bénin, ce qui s'accorde bien avec les caractères cliniques de la tumeur primitive.

Observation CXXI

Idem. 1889, pièce 259.

Nævus congénital de l'épaule, enlevé par M. le Dr A. Malherbe à un homme de 30 ans.

Ce nævus s'étant mis à se développer depuis quelque temps,

1. A rapprocher de l'observation XLVII.

on essaya de le détruire par l'électrolyse. Après plusieurs séances infructueuses, on se décida pour l'ablation au bistouri. L'examen histologique montre, accompagnant une forte pigmentation, des lésions variées, dues en partie à l'électrolyse, mais n'ayant aucun caractère qui autorise à penser, soit à un carcinome, soit à un sarcome. Après deux ans, il n'y a pas eu de récidive.

CHAPITRE V

DESCRIPTION DU CARCINOME RÉTICULÉ, TYPE PRINCIPAL DE L'ÉPITHÉLIOME DÉVELOPPÉ SUR LES NÆVI.

Les tumeurs du genre épithélial, développées sur les nævi, que nous possédons ou dont nous avons recueilli les observations, peuvent se distribuer ainsi :

5 épithéliomes tubulés,

6 carcinomes réticulés,

11 carcinomes mélaniques, parmi lesquels 6 ont été suffisamment étudiés ; l'un de ces derniers se rapproche de l'épithéliome tubulé à petites cellules,

5 épithéliomes sans indication d'espèce,

1 papillome,

3 tumeurs mixtes (carcinomes et sarcomes).

Parmi les observations dont nous avons pu pratiquer l'examen microscopique, le type carcinome réticulé est celui que nous avons le plus souvent rencontré.

Sans vouloir attacher une importance excessive à la différenciation morphologique qui sépare cette variété des autres variétés de carcinomes, nous croyons utile cependant de la décrire avec quelques détails.

Comme tout carcinome, le carcinome réticulé se compose essentiellement d'une trame alvéolaire et de cellules épithélio-

mateuses. Suivant la prédominance de la trame ou des cellules, il peut avoir une consistance variable, il n'est sans doute jamais très dur, très fibreux, mais il peut atteindre la consistance dite lardacée ; le plus souvent cependant il s'agit de carcinomes mous, et quelquefois la consistance est à peu près encéphaloïde.

La pigmentation existe ou fait défaut suivant les cas, sans que les autres caractères morphologiques soient changés. Nous décrirons successivement les cellules et la trame, puis nous essayerons de donner une idée exacte de leurs rapports réciproques.

Les cellules du carcinome réticulé ont en général un caractère épithélioïde ou épithélial bien net. Leur volume varie beaucoup, comme leur forme du reste; c'est ainsi qu'on trouve des cellules en raquette, dont les dimensions oscillent à peu près autour de 36 μ de longueur sur 16 de largeur, on en voit d'autres polyédriques, de 8-18 μ, et enfin des cellules fusiformes, ayant jusqu'à 63 μ de longueur ; elles sont constituées par une masse protoplasmique considérable, souvent frappée de dégénérescence graisseuse, et, dans les tumeurs mélaniques, chargées de granulations pigmentaires.

Elles présentent un ou plusieurs noyaux ayant environ 15 μ de diamètre, de forme ovale ou ronde, généralement très volumineux relativement aux dimensions des cellules, assez bien colorables par le carmin, et, contenant des nucléoles en nombre variable, et dont quelques-uns présentent un volume extraordinaire. Dans beaucoup de points le noyau est nécrobiosé en partie et les nucléoles seuls ont conservé l'aptitude à se colorer énergiquement par le carmin.

La trame qui donne au carcinome réticulé son caractère

spécial, rappelle avec de plus grandes dimensions, celle des ganglions lymphatiques. On y voit des travées assez importantes, limitant de grands alvéoles : ceux-ci sont subdivisés eux-mêmes par de minces trabécules en petits alvéoles ; alvéoles pauci-cellulaires, selon l'expression de Mr Chambard ; dans les parties de la tumeur qui ne sont point nécrobiosées, on voit des cellules carcinomateuses serties au milieu de ces alvéoles avec la plus grande régularité.

Au milieu des travées se voient des cellules fusiformes, vestiges des éléments fixes du tissu conjonctif. Ailleurs le tissu fibrillaire est peu important et infiltré de cellules fusiformes, à tel point que l'on dirait du tissu sarcomateux.

Les travées conjonctives possèdent une circulation sanguine d'importance variable ; en général on n'y trouve guère que des capillaires plus ou moins dilatés, paraissant peu solides, ce qui explique l'insuffisance de l'irrigation et la fréquence de la dégénérescence. Aux environs du tissu malade se trouvent des gros vaisseaux, présentant diverses altérations : les veines sont généralement très dilatées, les artères, par contre, sont atteintes d'une endartérite qui diminue considérablement leur calibre. La tunique externe est infiltrée de cellules embryonnaires, comme c'est la règle au voisinage de toutes les tumeurs malignes. Il ne nous paraît pas impossible que le petit volume des artères et la dilatation des veines amènent une stase sanguine dans les diverses parties de la tumeur, ce serait une cause de plus apportée à sa dégénérescence.

En somme, dans les points bien développés et non frappés de nécrobiose, il y a une disposition très élégante du tissu,

résultant de l'arrangement des grosses travées en alvéoles et des trabécules en réticulum.

De là vient cette physionomie spéciale au carcinome réticulé développé sur les nævi, fort difficile à décrire, mais reconnaissable sur les préparations ou même les bons dessins lorsqu'on l'a quelquefois observée. Ce sont ces caractères (grosses cellules riches en protoplasma, alvéoles bien limités et subdivisés), qui, retrouvés sur les planches du travail de M. Michel, nous ont permis de discuter son diagnostic.

Bref, sans vouloir nous exagérer l'importance de ces caractères propres au carcinome réticulé, nous avons cru qu'ils méritaient d'être signalés, et que leur fréquence parmi les épithéliomes développés sur les nævi, offrait assez d'intérêt pour que nous en fissions une description spéciale.

CHAPITRE VI

ÉTUDE CLINIQUE.

L'étude clinique des épithéliomes développés sur les nævi portera sur nos 31 cas, parmi lesquels 11 appartiennent à la collection de la Société anatomo-pathologique de Nantes.

Nous passerons en revue, comme on le fait pour toutes les tumeurs, l'étiologie, les symptômes et la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

§ 1. — *Etiologie.*

La cause première de ces épithéliomes est fort obscure, ainsi que celle des tumeurs en général, cependant quelques-unes des nombreuses hypothèses, émises au sujet de celles-ci, trouvent plus spécialement leur application à la genèse des néoplasmes que nous étudions.

Nous signalerons tout d'abord l'opinion de Conheim : le nævus constitue bien, en effet, au milieu de la peau, un amas de cellules pigmentées *superflues* pour la fonction de ce tissu : nous sommes donc ici dans les conditions indiquées par cet auteur.

L'hypothèse qui attribue le développement des tumeurs à un défaut d'influx nerveux a ceci de particulier qu'elle a déjà

été invoquée pour expliquer la genèse du nævus : or, si l'on admet l'influence du système nerveux sur la production du nævus, on pourrait fort bien admettre aussi que cette influence, se continuant pendant la vie, serait l'une des causes de sa dégénérescence maligne.

Nous ne faisons ici, bien entendu, qu'indiquer une déduction à tirer ; nous n'avons nullement l'intention de soutenir une théorie, quelle qu'elle soit, à l'exclusion des autres.

Le nævus peut être aussi considéré comme un lieu de lutte entre divers ordres d'éléments. Nous-mêmes avons vu, et décrit plus haut, dans plusieurs de ces productions, des cellules glandulaires altérées, au milieu du tissu conjonctif, dont elles ne sont séparées que par la membrane basale. Qu'une influence quelconque, une intervention mal comprise, par exemple, ou l'âge avancé du porteur, vienne altérer la vitalité du tissu environnant, les cellules glandulaires perforeront la mince barrière qui s'opposait à leur dissémination, et envahiront de toutes parts le tissu voisin.

Il n'est pas jusqu'à l'existence d'un parasite, qui ne trouve ici des faits confirmatifs ; l'expérimentation, et, plus encore, l'observation journalière des cas cliniques, montrent que, s'il est un néoplasme dont l'envahissement présente de frappantes analogies avec celui d'une maladie microbienne, ce sont bien assurément les tumeurs, et, en particulier l'épithéliome, développés sur les nævi.

Toutes ces hypothèses et d'autres encore, qu'il serait trop long d'énumérer, pourraient, comme on le voit, s'appliquer au genre de tumeur dont nous nous occupons.

En est-il vraiment une qui soit absolument satisfaisante, nous ne le pensons pas, et nous sommes bien obligés

d'avouer que nous nous croyons encore loin de la solution définitive.

C'est pourquoi, au lieu de nous arrêter à discuter le plus ou moins de probabilité des hypothèses émises, nous aimons mieux étudier les causes qui déterminent l'apparition des épithéliomes sur les nævi, en nous servant des renseignements, malheureusement trop écourtés, que nous avons puisés dans nos observations cliniques.

Les causes signalées sont d'ordres divers et bien peu d'entre elles nous paraissent susceptibles de jouer un rôle important : quelques-unes cependant méritent d'être étudiées.

Parmi celles-ci, l'âge et le sexe occupent le premier rang : voici en effet un résumé des cas où l'on mentionne l'âge auquel les malades ont été observés.

	Hommes	Femmes	Sexe non indiqué	Total
Au-dessous de 11 ans...	0	0	0	0
de 11 à 20 » ...	1	0	0	1
de 21—30 » ...	2	0	0	2
de 31—40 » ...	4	5	0	9
de 41—50 » ...	0	6	0	6
de 51—60 » ...	2	4	0	6
de 61—70 » ...	0	3	0	3
âge non indiqué ...	1	1	2	4
Total	10	19	2	31

Le sexe féminin est donc de beaucoup le plus atteint (1).

1. Pour toute la partie statistique de cette étude, nous ferons remarquer que, nos renseignements étant pris dans des auteurs d'époque et de compétence différentes, il a pu se glisser dans les détails une ou plusieurs erreurs, capables de vicier les résultats d'ensemble : toutes nos conclusions présenteront sans doute une grande probabilité, mais pas une certitude.

Quelle est la cause de cette prédilection? Peut-être les congestions réitérées des organes génitaux, agissant sur les nævi, comme sur tout organe vasculaire, peuvent-elles y déterminer une hyperhémie, qui, répétée souvent, causerait une altération du tissu, favorable à l'implantation d'un néoplasme.

Le tableau précédent montre encore un autre fait intéressant : l'âge des malades affectés de ces tumeurs varie avec le sexe : elles se montrent en effet chez l'homme avant 30 ans, tandis qu'on ne les voit pas chez la femme pendant cette période de la vie. De plus le maximum de fréquence a lieu, chez l'homme, de 31-40 ans ; chez la femme il est plutôt de 41-50 ans, avec décroissance légère dans la dizaine précédente et dans celle qui suit. Les âges extrêmes sont pour la femme 31 et 68 ans, pour l'homme 20 et 56 ; l'âge moyen est de 49 ans chez celle-là ; de 33 ans chez celui-ci. Le sexe masculin est donc atteint relativement plus jeune que le sexe féminin.

Nous avons comparé les chiffres de ce tableau avec ceux du suivant, qui exprime la statistique des sarcomes d'origine nævique :

	Hommes	Femmes	Sexe non indiqué	Total
de 0—10 ...	1	1	1	3
11—20 ...	2	0	0	2
21—30 ...	3	3	0	6
31—40 ...	4	1	0	5
41—50 ...	1	7	0	8
51—60 ...	3	4	0	7
61—70 ...	2	3	0	5
71—80 ...	1	0	0	1
âge non indiqué	1	1	0	2
Total	18	20	1	39

Ces sarcomes atteignent donc leur plus grande fréquence au même âge que les épithéliomes ; mais contrairement à ceux-ci, ils se voient dans l'enfance aussi bien que dans la vieillesse, les âges extrêmes sont en effet chez l'homme 0 année et 75 ans, et chez la femme 0 année et 68 ans ; la moyenne est là aussi plus basse dans le sexe masculin (38 ans) que dans le sexe féminin (45 ans).

Toutefois, il est bon de se souvenir, ici surtout, de l'incertitude où nous sommes relativement au diagnostic de ces tumeurs, aussi n'attachons-nous pas une très grande importance au résultat que nous donne cette statistique.

Plus intéressante était la recherche du rapport entre l'âge des tumeurs (1) mélaniques primitives et celui des tumeurs développées sur les nævi : nous avons donc fait une statistique de toutes les tumeurs, sans distinction de diagnostic, qui reconnaissent cette dernière origine, et nous avons ensuite enlevé, de la statistique de Dieterich, portant sur toutes les tumeurs mélaniques, les cas de tumeurs développées sur les nævi : nous avons obtenu, en comparant les deux séries ainsi formées, le tableau suivant :

	Tumeurs primitives	Tum. d'origine nævique.
de 0—10 ans ...	4	2
11—20 » ...	2	7
21—30 » ...	7	17
31—40 » ...	17	20
41—50 » ...	21	16
51—60 » ...	24	17
61—70 » ...	17	12
71—80 » ...	2	4

1. C'est à-dire l'âge de ceux qui les portent.

Il résulte de ces données que le maximum de fréquence des tumeurs mélaniques primitives a lieu de 51-60 ans, tandis que celui des tumeurs d'origine nævique s'observe de 31-40 ans. Le quart environ des tumeurs de la seconde catégorie se développe avant 30 ans, tandis que le huitième seulement des tumeurs primitives se voit dans cette période.

Il semble donc facile de conclure que la présence d'un nævus amène l'apparition de tumeurs mélaniques à un âge bien moins avancé que celui auquel se développent les tumeurs mélaniques primitives.

Beaucoup d'autres circonstances ont paru à certains auteurs exercer une influence sur la dégénérescence maligne des nævi : le traumatisme a été quelquefois signalé ; c'est ainsi que des frottements prolongés, des chocs, des égratignures, pourraient avoir déterminé leur transformation en épithéliome. Nous n'y attachons pas une très grande importance : malgré la tendance qu'ont les malades à attribuer l'apparition de leurs tumeurs à l'action d'un traumatisme, les auteurs de nos observations ne l'ont mentionné que 4 fois.

Il est pourtant un genre de traumatisme qui paraît, dans plusieurs cas, sinon provoquer l'apparition d'une tumeur, du moins augmenter les chances d'envahissement lorsqu'un nævus a commencé à dégénérer. C'est une intervention chirurgicale insuffisante ou mal conduite ; d'ailleurs nous y reviendrons à propos du pronostic et du traitement.

Les causes générales, maladies antérieures, et spécialement, les fièvres éruptives, signalées par Virchow, ne sont pas mentionnées dans nos observations.

L'hérédité ne paraît jouer qu'un rôle secondaire ; une de

nos malades seulement (Duret : *Bull. Soc.anat.*, Paris, 1878) avait perdu une sœur d'une affection utérine maligne.

Le siège du nævus, *cause* d'épithéliome, a été ; la tête 12 fois ; le cou ou la nuque 3 fois ; le tronc 10 fois, le membre supérieur 4 fois et le membre inférieur 3 fois : nous avons dit *cause* et non *origine* de l'épithéliome ; c'est que 3 fois, à la suite d'un nævus intact, cette tumeur s'est développée en un autre point du corps : une dans les ganglions, une dans l'encéphale (nævus général d'Orsi), et une autre au bord de l'orbite (nævus du sein). Y a-t-il là une simple coïncidence ? Les auteurs, qui mentionnent ces faits, ne se prononcent point à ce sujet, et nous ne pouvons faire mieux que d'imiter leur réserve.

Le siège du nævus peut-il influer sur sa transformation ? Bornons-nous à dire que chez la femme les nævi dégénérés occupent dans plus de la moitié des cas la tête, et chez l'homme la même proportion occupe le tronc. Nous verrons tout à l'heure que ce fait présente une certaine importance.

Telles sont les principales conditions, fort mal définies d'ailleurs, dont l'action sur les nævi peut déterminer leur dégénérescence épithéliomateuse. Nous allons maintenant étudier quels symptômes locaux et généraux annoncent et accompagnent cette transformation.

§ 2. — *Symptômes et marche.*

Ils se répartissent en différentes périodes, d'une durée essentiellement variable, et dont la distinction, impossible en clinique, est utile cependant pour la commodité de la description.

Nous étudierons successivement :

Une première période, latente.

Une seconde, de transformation sur place.

Une troisième, d'envahissement périphérique.

Une quatrième, d'envahissement ganglionnaire.

Une cinquième, de généralisation.

Nous parlerons des récidives, plus importantes ici que pour les autres tumeurs, lorsque nous envisagerons le pronostic et le traitement.

La *première* période est indéfinie, et liée à l'existence même du nœvus. Sa durée varie depuis vingt ans jusqu'à 68 ans, elle est, la plupart du temps, aussi longue que la vie, puisqu'avant l'apparition de la seconde, la mort peut survenir par suite d'une maladie intercurrente : nous ne pouvons mieux le définir qu'en disant : c'est l'espace de temps compris entre la naissance et le moment où agit la cause occasionnelle.

La *seconde* période commence avec l'action de cette cause ; c'est pendant celle-ci que débute la dégénérescence du nævus.

Elle s'annonce, après un temps plus ou moins long, par des symptômes variables, la plupart du temps insaisissables, essentiellement subjectifs. L'état général est excellent ; localement aucune modification n'est souvent perceptible tout d'abord ; seulement une sensation de cuisson, de morsure, qui porte le malade à se gratter, indique le début de la dégénérescence ; les grattages sont donc consécutifs aux premières modifications du nævus, mais quel rôle jouent-ils dans son évolution ultérieure ? ne sont-ils nuisibles qu'autant

qu'ils déterminent son ulcération ? Michel semble l'admettre pour ce qui a trait à l'origine du sarcome mélanique; et nous croyons qu'il en est ainsi dans le cas de dégénérescence épithéliale, car cette simple circonstance, l'intégrité ou l'ulcération du nævus, changera le mode de développement local de l'épithéliome.

Le nævus est-il intact, la tumeur, saillante d'abord, sous forme d'un grain de mil, s'accroît lentement, et des années s'écoulent avant que le nævus entier ait subi la même transformation.

Lorsque la surface de la tache congénitale, après avoir été irritée, présente une ulcération croûteuse, suintante, elle dégénère en masse, toute sa surface bourgeonne, et, autour d'elle, dès le début souvent, se voit une zône piquetée de noir : c'est le prélude de l'envahissement des tissus voisins.

On peut donc en clinique, prévoir quelle sera la marche de l'épithéliome commençant, d'après l'aspect du nævus primitif. C'est ainsi que les cas, où la mort est arrivée le plus promptement à partir du début de la tumeur, sont ceux où celle-ci avait été, soit ulcérée par un grattage (10 mois), soit liée et non cicatrisée (5 mois), soit soumise à des frottements répétés (quelques mois).

C'est pour cette raison aussi que le siège du nævus aura une influence très grande sur son évolution : dans un endroit découvert, surtout à la face et au cou, et principalement chez la femme, il est bien plus exposé que partout ailleurs à subir des excoriations ou des manipulations diverses, dont le but est de les faire disparaître, mais dont le résultat est d'amener plus vite leur ulcération et leur dégénérescence maligne.

Au contraire, le nævus, par son indolence habituelle ou son siège peu accessible, n'appelle-t-il pas l'attention du porteur, nous le voyons alors évoluer en un temps fort long, de 3 ans à 16 ans.

La durée de cette période est donc très variable; pour nous résumer nous dirons qu'elle est de 5 mois à 16 ans, avec une moyenne de 4 ans 1/2.

C'est généralement dans le cours ou à la fin de cette période que le médecin est consulté ; les symptômes qu'il constate sont, le plus souvent, assez accusés pour ne guère permettre de commettre une erreur.

L'on constate le plus souvent une seule tumeur, siégeant, comme nous l'avons dit, soit à la place, soit à côté du nævus ; on peut cependant en trouver plusieurs, mais ce fait est rare et dans ces cas elles sont presque toujours faciles à rattacher, au point de vue de la genèse, à l'une d'entre elles, qui a été la première en date.

La coloration est généralement noire-bleuâtre, quelquefois cependant, par exemple, dans le cas de carcinome réticulé non mélanique, elle n'a rien qui la distingue de celle des autres tumeurs cutanées.

Le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui du poing, néanmoins on peut en voir qui atteignent des proportions vraiment gigantesques, comme un épithéliome de la nuque et du dos (Obs. de L. Capitan), qui avait 23 centimètres de diamètre.

La forme est ovalaire, sphérique, globuleuse ; il peut y avoir une véritable tumeur, saillante à la surface de la peau, tantôt nettement pédiculée (cas de Michel et de Chambard), tantôt, et le plus souvent, sessile ; d'autrefois, rarement et

seulement longtemps après le début, le néoplasme se présente sous forme d'une cavité creusée au milieu des tissus (Obs. de L. Capitan, où les apophyses épineuses étaient à nu et en partie détruites).

La consistance est ferme, élastique, rarement molle ou fluctuante.

Leur surface est différente, suivant qu'elles sont ulcérées ou non. Dans le premier cas (1/4 des observations), la tumeur est fongueuse, bourgeonnante, en choux-fleurs : elle laisse suinter du sang, et plus souvent un liquide puriforme ou noirâtre.

Lorsque les téguments sont intacts, on perçoit à la palpation une surface unie ou bosselée et tout autour une induration néoplasique.

L'épithéliome d'origine congénitale est, à part quelques cas rares, une tumeur essentiellement cutanée, aussi, à cette période du moins de son développement, elle est mobile sur les plans profonds avec la peau à laquelle elle adhère fortement.

Les sensations subjectives causées par ces tumeurs sont, dans l'immense majorité des cas, une gêne plus ou moins considérable ; rarement les malades se plaignent de douleurs et, s'ils viennent demander une intervention chirurgicale, c'est plutôt à cause de la gêne fonctionnelle qui en résulte.

L'état général est, avons-nous dit, remarquablement bon, et ce n'est que dans des cas particuliers, celui par exemple d'une tumeur primitive de l'encéphale, ou des viscères, qu'on observe des troubles dans la nutrition.

Après cette période de transformation sur place, en vient

une autre souvent confondue avec celle-ci, marquée par l'envahissement périphérique (*troisième période*).

Très souvent déjà cet envahissement est commencé, lorsque l'intervention chirurgicale est demandée : il est signalé, soit par de petits points noirs apparaissant autour de la tumeur primitive ; soit par la sensation que donne la palpation des tissus voisins ; on y éprouve en effet une résistance due à des nodosités secondaires, suivant le trajet des lymphatiques et séparées entre elles par des intervalles de peau saine.

La *quatrième* période n'est que la continuation de celle-ci ; elle est caractérisée par l'infection ganglionnaire.

L'infection ganglionnaire marque une époque nouvelle dans l'histoire du développement des épithéliomes sur les nævi ; c'est en effet souvent le signe de la généralisation qui surviendra à bref délai.

Sur 28 observations assez complètes, dix fois on trouva des ganglions au moment de l'entrée du malade ; 4 fois le nævus siégeait à la face, une fois à la région mastoïdienne, une fois à la région mammaire ; une fois à l'avant-bras, à l'anus, à l'aîne, à l'abdomen.

Ce symptôme est d'un pronostic très grave ; ainsi que nous le montrent les considérations suivantes.

Sur dix cas d'envahissement ganglionnaire, constatés en même temps que la tumeur, six malades sont morts de mélanose généralisée, quatre n'ont pas été longtemps suivis ; l'on a su cependant que l'un d'eux avait eu plusieurs récidives.

Sur dix-huit sujets sans ganglions préopératoires, trois ont eu des ganglions après l'opération et sont morts de

généralisation : quinze n'ont pas eu de ganglions ; quelques-uns d'entre eux ont été suivis plusieurs années.

Un autre fait intéressant prouve que l'envahissement ganglionnaire est un corollaire de la gravité de la tumeur. La durée de la vie chez les infectés ganglionnaires n'a pas dépassé deux ans à compter du début du néoplasme. Parmi ceux, au contraire, qui ont échappé à cet envahissement, on trouve des durées de 3 ans, 4 ans, 7 ans, 8 ans ; deux de 15 ans et une de 18 ans.

Nous n'avons pas pu trouver dans nos observations une mention exacte du temps écoulé entre l'apparition de la tumeur et l'infection ganglionnaire : elle paraît pouvoir varier dans d'assez larges limites, puisque, d'une part, on a signalé des faits d'infection ganglionnaire sans dégénérescence du nævus, et que, d'autre part, elle s'est fait attendre, dans les 6 cas que nous venons de citer, pendant un temps qui donnerait l'espoir de ne pas la voir apparaître.

Cependant cet espoir n'est pas de la certitude, car même après des opérations bien conduites et aussi complètes que possible (amputation dans un cas) nous l'avons vu survenir six fois (2 fois moins de deux mois après l'intervention).

Il serait important de donner ici une notion exacte de l'aspect d'un ganglion mélanique, suite de nævus, car il a été quelquefois difficile de poser à ce sujet un diagnostic certain.

Souvent en effet on a pu confondre un ganglion, au début de son infiltration mélanique, avec un ganglion scrofuleux ; ceci est à craindre surtout si le nævus primitif n'a pas reparu après une ablation, ou s'il offre un aspect normal, ou plus encore, si l'on ne trouve pas de nævus dans la région tributaire des ganglions.

Le diagnostic est donc fort difficile, d'autant plus que l'aspect du ganglion malade n'a souvent rien qui indique spécialement sa dégénérescence mélanique.

La tumeur ganglionnaire occupe le plus fréquemment les régions sous-maxillaires et carotidiennes (5 fois), l'aîne (2 fois), l'aisselle (2 fois) ; les téguments à son niveau n'ont, pendant un temps fort long, rien qui les distingue de la peau saine. Elle est ou unique ou formée de plusieurs petits ganglions (nettement lobulée dans ce cas). Elle présente alors une consistance ferme, élastique, qui devient de plus en plus molle à mesure que la tumeur avance en âge.

Elle est d'abord libre de tous les côtés, puis elle adhère à la peau ; enfin en même temps que celle-ci s'amincit à sa surface, elle devient adhérente aux tissus sous-jacents.

Alors elle présente une fluctuation qui peut en imposer pour un abcès strumeux ; et enfin elle s'ouvre au dehors en fournissant une masse fongueuse, rougeâtre, végétante, mais ne présentant souvent aucun caractère spécial qui puisse permettre d'affirmer sa nature mélanique.

En somme, on voit qu'il n'y a, pour ainsi dire, pas de caractères propres à faciliter la distinction entre les ganglions mélaniques et ceux qui surviennent à la suite d'un autre genre de néoplasme ; cependant on a cité des cas rares, il est vrai, où l'on pouvait, par transparence à travers la peau, affirmer leur pigmentation.

D'autre part, l'inspection des parties tributaires du ganglion malade fera constater la présence d'un nævus qui, s'il est manifestement dégénéré, pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin, d'autres symptômes apparaîtront qui compléteront

les données précédemment acquises : car déjà les premiers signes de la généralisation se montrent.

Il n'y a peut-être pas de tumeurs qui se généralisent si facilement, aussi en a-t-on conclu de tout temps à la malignité propre aux tumeurs mélaniques ; malignité, que, faute d'autres causes on a attribué à la présence du pigment (1). Tout en admettant, preuves en main, les faits nombreux de généralisation rapide de ces tumeurs, nous les croyons dus à toute autre cause : nous possédons en effet plusieurs tumeurs mélaniques (Obs. XLVII, CXX, CXXI) bénignes ; la présence du pigment ne suffit donc pas pour produire la malignité. D'ailleurs rappelons-nous ce que nous avons constaté déjà dans les nævi : le pigment y siège dans les parois vasculaires, ou dans le derme même ; il y a là l'expression indéniable d'une altération des parois vasculaires, qui, laissant passer du pigment, est tout aussi bien perméable en sens inverse aux toxines fabriquées par la tumeur ; ces toxines une fois entrées dans le torrent circulatoire, leur rôle est tout indiqué, et, pour nous, nous n'hésitons pas à leur attribuer les faits d'infection généralisée à toute l'écono-

1. D'autres auteurs ont, avant nous, admis la non-coïncidence de la mélanose avec la malignité de la tumeur. Ranvier, dans maintes séances de diverses sociétés savantes, a insisté sur ce point et nous trouvons dans les *Annales d'oculistique* (tome XXIX) quatre observations de Pamard et (tome XXIV) une étude de Sichel tendant à confirmer cette manière de voir (voir aussi Stæber : *Ann. d'oculist.* XXX) de saint Léger et Hervier (id. XXXVII). Lebert. *Traité des malad. cancér.* 158. Et les travaux sur ce sujet de Wardrop, Warlemont, Progneta, etc. Voir aussi la *Gazette des hôpitaux,* 1867.

mie. La généralisation serait donc, croyons-nous, due à un mauvais état de la paroi vasculaire, qui n'aurait rien à voir avec la pigmentation de la tumeur.

Quelle que soit la cause intime qui préside à la généralisation des épithéliomes, mélaniques ou non, elle se produit par suite de conditions et au milieu de phénomènes que nous décrirons en quelques mots, bien que, sur ce sujet, nous ayions trouvé fort peu de choses dans nos observations.

La généralisation présente deux caractères frappants, sa rareté relative, puisqu'elle n'est mentionnée que dix fois, et sa précocité ; le second caractère est le complément indispensable du premier : nous disons en effet la généralisation est rare ; on pourra nous objecter que les malades n'ont pas été suivis assez longtemps. Eh ! bien non, car la plupart des malades, dont nous parlons, ont été suivis pendant plusieurs années, à compter du moins de l'opération de la tumeur (1), et, nous le répétons, lorsque la généralisation se fait, elle survient au bout d'un temps assez court, qui est, pour nos observations, de cinq mois, six mois, dix mois, un an, deux ans et demi : dans deux cas elle s'est montrée *rapidement* et dans deux autres *quelques mois* après le début : la moyenne est d'environ neuf mois. Il y a là un fait à rapprocher de ce que nous avons dit de l'infection ganglionnaire (v. p. 132).

Le rapport de la généralisation avec l'opération peut être intéressant à étudier : sur vingt-sept cas où l'opération a été tentée, la généralisation est survenue huit fois, dont deux

1. Dans huit cas sur 19, ils ont été suivis plus de trois ans.

rapidement, deux en quelques mois, et les autres au bout de quinze jours, deux mois, six mois, un an, donnant une moyenne de cinq mois (1).

Par ailleurs, la proportion des généralisations aux opérations est de 8/27, ou un peu moins du tiers.

Sur quatre cas non opérés, il y a eu une généralisation, soit 1/4, au bout de dix mois.

Le siège de la tumeur primitive, pas plus que l'âge des sujets, ne paraît avoir d'influence bien nette sur la généralisation ; il n'en est pas de même du sexe.

En effet, parmi dix-neuf femmes atteintes d'épithéliome suite de nævi, deux seulement ont vu la généralisation survenir, tandis que huit hommes sur dix sont morts de cette complication. Peut-être ceux-ci sont-ils plus exposés aux causes d'ulcération du nævus, peut-être l'état de leurs vaisseaux était-il altéré par suite, par exemple, d'alcoolisme, plus fréquent chez eux que chez la femme : c'est ce sur quoi nous ne saurions nous prononcer ici : bornons-nous seulement à constater le fait.

Quels symptômes annoncent la généralisation de ces épithéliomes ? Nos observations sont bien peu explicites à ce sujet. Quelques-unes cependant mentionnent l'apparition de taches dans les téguments, en des endroits plus ou moins distants de la tumeur initiale : il paraît évident d'ailleurs que lorsqu'elle a lieu dans les viscères, les symptômes sont ceux de toute métastase survenant dans ces organes (2).

1. Cinq mois après l'opération et treize mois après le début de la tumeur.

2. Par exemple l'existence de pigment dans les urines (Eiselt).

Les parties du corps atteintes par les métastases sont par ordre de fréquence :

Foie	3 fois
Ganglions de diverses régions	3 »
Peau	3 »
Système nerveux	3 »
Poumons et plèvres	2 »
Reins	2 »
Muscles	1 »
Rate	1 »
Péricarde	1 »
Corps thyroïde	1 »
Cœur	1 »

Au courant de cette description de la marche des épithéliomes développés sur les nævi, et des symptômes qui l'accompagnent, nous avons omis volontairement la mention d'un fait très important, les récidives qui surviennent dans le courant de leur évolution : nous avons mieux aimé parler de cette circonstance à propos du pronostic et du traitement, car c'est à la fois l'une des conditions indispensables au pronostic et la pierre de touche qui nous permettra d'apprécier la valeur du traitement en général et de ses différents modes en particulier.

§ 3. — *Diagnostic.*

Le diagnostic doit porter sur les points suivants :

1° Y a-t-il dégénérescence du nævus ?

2° Quelle en est la nature ?

Le diagnostic de la transformation du nævus est fort difficile au début, et cependant c'est à ce moment surtout qu'il importe de le poser. On se souviendra que la dégénérescence maligne s'accuse quelquefois par de très légères douleurs, qu'elle peut être amenée par des violences de différentes sortes, que, souvent, avant de dégénérer, le nævus, resté jusque là et pendant longtemps stationnaire, subit une augmentation en surface et en saillie. Néanmoins, dans bien des cas, on ne se doutera même pas du danger qui menace.

Lorsque le nævus a causé une infection ganglionnaire, une autre difficulté surgit, c'est, comme nous l'avons dit précédemment, de rattacher l'augmentation des ganglions à sa véritable cause ; il suffit d'être prévenu pour éviter une erreur à ce sujet.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel entre les diverses tumeurs qui peuvent se développer sur les nævi : il se base sur les mêmes signes que pour toutes les tumeurs, et d'ailleurs, il nous paraît au moins inutile de s'y attacher, puisque, quelle qu'elle soit, épithéliome ou sarcome, cette tumeur doit être enlevée.

Par la même raison nous ne dirons qu'un mot du diagnostic des tumeurs mélaniques par l'examen des urines, préconisé par Eiselt et Bolze ; avec Cornil et Heurtaux, nous ne pensons pas que cet examen ait toute l'importance qu'on lui a attribuée ; cependant, lorsqu'il s'agit de savoir si l'on doit intervenir, ou si la généralisation est commencée, cette recherche est rationnelle et peut donner de précieux renseignements.

§ 4. — *Pronostic.*

Pour étudier le pronostic des tumeurs développées sur les nævi, nous diviserons ainsi notre sujet : nous nous demanderons d'abord quel est le pronostic du nævus suivant les différentes conditions où il peut se trouver, puis nous en ferons autant pour les épithéliomes qui y prennent naissance.

Nous aurons ainsi les divisions suivantes :

Pronostic du nævus	Sans intervention. Avec intervention.
Pronostic de l'épithéliome	Sans intervention. Avec intervention.

Ce point, avec le traitement, sera le résumé de cette étude clinique.

Le pronostic du nævus pigmentaire est, faut-il le dire, essentiellement bénin : si l'on compare, en effet, le nombre prodigieux de personnes affectées d'un ou de plusieurs nævi, au nombre si restreint des nævi dégénérés, on aura une proportion tellement minime qu'il ne paraît pas y avoir à s'en occuper.

C'est une erreur. Si, en effet, chez les gens soigneux de leur personne et prenant tous les soins de propreté nécessaires, les nævi n'ont pour ainsi dire pas de tendance à dégénérer, du moins d'après nos observations : ces mêmes faits nous apprennent que, dans la classe ouvrière, et plus encore parmi les cultivateurs, les tumeurs épithéliales en général, les tumeurs développées sur les nævi en particulier,

ont en somme une fréquence dont il y a lieu de tenir compte.

D'où cela vient-il?

Ainsi que nous l'avons dit les nævi doivent être considérés comme une production anormale déjà, si on songe que non seulement ils contiennent une quantité de pigment exagérée, mais que leurs vaisseaux sont dans un état souvent assez mauvais ; de plus leur saillie et leur siège, si surtout ils sont colorés, les expose aux frottements, aux chocs, et, par-dessus tout, y appelle l'attention des empiriques soucieux du bien-être d'autrui et plus encore de leur intérêt propre. De plus, leur surface cutanée est telle que toutes les poussières, les débris de vêtements trouvent autant de réceptacles que les nævi ont d'anfractuosités : ils réunissent donc tout ce que les différents auteurs ont attribué comme cause au développement des tumeurs en général.

Aussi ne peut-on mieux caractériser les nævi, au point de vue du pronostic, qu'en rappelant ce qu'en dit Heurtaux : « Ils sont bénins, au moins pour un temps fort long. »

Que maintenant une intervention maladroite ou intempestive soit tentée, et, comme cela est indiqué dans un certain nombre de cas et a dû se voir dans bien d'autres où il n'en a pas été question, on verra le nævus dégénérer et produire une affection le plus souvent fatale.

Nous insisterons d'ailleurs sur ce sujet à propos du traitement et nous serons amenés à nous demander, chiffres en main, quelle est la valeur d'une intervention.

Lorsqu'un nævus a dégénéré, quel est le pronostic ?

Il dépend là encore de l'existence et du mode de traitement.

Sur le pronostic des épithéliomes non traités, il nous est impossible de nous prononcer : parmi les quatre cas que nous en possédons, la mort est survenue, dans l'un après dix mois, dans l'autre après quinze ans ; les deux autres ne sont accompagnés d'aucun renseignement. Pour l'un de ceux-ci d'ailleurs, ainsi que pour un autre cas qui nous a été communiqué tout dernièrement, la tumeur primitive siégeait dans les viscères (cerveau, foie), de sorte que le pronostic était fatal, et qu'il ne pouvait être question d'aucun genre d'intervention.

L'étude du pronostic des épithéliomes d'origine nævique, lorsqu'une intervention quelconque est tentée, sera mieux placée dans le paragraphe suivant où nous parlerons simultanément du traitement, des récidives et des résultats des diverses interventions, et enfin du pronostic dans les cas opérés.

§ 5. — *Traitement. Pronostic post-opératoire. Récidives.*

Existe-t-il un moyen de prévenir la dégénérescence des nævi en épithéliomes? En d'autres termes y a-t-il un traitement prophylactique. Sans nul doute, mais malheureusement il n'est point entre les mains du médecin.

Il serait puéril en effet de vouloir extirper les nævi comme constituant une menace de mort, alors qu'un nombre immense de personnes les porte pendant toute une vie souvent fort longue : si cependant il existait dans les familles une prédisposition au carcinome, si par sa place sur le corps, sa

forme, ou la profession du porteur, le nævus peut être exposé à subir des irritations répétées, si enfin celui qui en est affecté en désire l'ablation, le chirurgien est autorisé à intervenir, ne fût-ce que pour soustraire le nævus à tous les traitements empiriques inefficaces ou nuisibles. Mais alors qu'il y a plusieurs nævi, on ne peut guère songer à une extirpation totale, on se contentera d'enlever celui ou ceux qui seraient les plus incommodes ou les plus disgracieux.

Telle que nous l'entendons, cette intervention hâtive a surtout pour but de substituer une opération raisonnée à toutes les tentatives des gens étrangers à l'art de guérir, aussi croyons-nous que, décidé à opérer, le médecin n'a guère le choix du procédé, ce qu'il faut, c'est l'ablation au bistouri. Nous savons que ce seul mot effraye les malades, qui préfèrent en général l'action plus lente des caustiques, mais il ne nous semble pas impossible en exposant la situation au patient, s'il est intelligent, en lui faisant craindre parfois une cicatrice difforme, de le décider à l'emploi du moyen sanglant.

Lorsque le nævus a commencé à dégénérer quelle conduite faut-il tenir? La réponse à cette question variera avec la période de développement qu'a atteint la tumeur. Est-on appelé au début? Le néoplasme est à ce moment superficiel, son ablation n'a donc pas de quoi effrayer le malade ni le médecin ; c'est alors une excision au bistouri plutôt qu'aux ciseaux courbes comme on l'a quelquefois recommandé ; l'intervention en effet doit avant tout être large et éclairée, le bistouri est l'instrument qui réalise le mieux ces deux indications ; la réunion se fait le plus souvent par première intention, même dans le cas où la récidive doit suivre de très près l'opéra-

tion ; si cependant la cicatrisation tardait, il nous semblerait indiqué de tenter des greffes épidermiques.

Quel sera le résultat de cette intervention précoce? *A priori* ce doit être celle qui présente le plus de chances de succès ; de fait, comme le médecin n'est appelé dès le début que si déjà la tumeur présente des caractères inquiétants pour le malade, comme avant tout, il est impossible de préciser, et le début du mal et le temps dans lequel doit se faire ce que nous appelons l'intervention hâtive, nous en sommes réduits sur ce point à des conjectures : toutefois, 3 de nos observations nous paraissent mentionner des interventions faites dans de brefs délais ; l'une (F. 40 ans, carc-mél. sur nævus du nez, depuis quelques mois) indique une première récidive au bout de 15 ans, suivie d'une seconde, 2 jours après l'opération, et terminée par la guérison. Une autre (H, 56 ans, carc. et sarc. mél. sur nævus) après deux interventions (ligature 3 mois après le début, récidive immédiate, suivie d'excision), s'est terminée 5 mois après le début des accidents, par la mort, de mélanose généralisée. Enfin une femme de 35 ans, portant un nævus poilu jaune, vit apparaître bientôt après sa cautérisation des ganglions dont l'ablation fut suivie de mort au bout de 15 jours.

Si l'on rapproche cette énorme différence dans l'évolution, du premier mode de traitement employé, on nous permettra bien, malgré la pénurie de nos observations, d'y voir la confirmation de ce que nous avons écrit plus haut : « Le médecin n'a pas le choix du procédé, ce qu'il faut, c'est l'ablation au bistouri ».

Nous avons implicitement supposé que les ganglions n'étaient pas envahis : lorsqu'il en est autrement, que doit faire

le médecin? trois lignes de conduite ont été suivies : il peut en effet comme cela s'est pratiqué 8 fois sur nos 10 observations d'envahissement ganglionnaire, enlever le nævus et le ganglion dégénéré ; ou bien à l'exemple de Vaulrin (in th Michel, *loc. cit.*), n'enlever que le nævus ; ou enfin pratiquer l'expectation (1 cas).

Quel a été le résultat de ces diverses manières de faire?

Le malade auquel l'on n'a enlevé que son nævus est mort quelques semaines après ; celui qui n'a subi aucune opération est mort 10 mois après le début de la tumeur ; quant aux autres voici ce qu'ils sont devenus.

Trois n'ont pas été suivis, après leur sortie de l'hôpital ; quand ils l'ont quitté il ne paraissait pas de traces de récidive prochaine.

Parmi les 5 restant, une femme de 58 ans, malade depuis 9 mois, après avoir eu plusieurs récidives (la première trois semaines après l'opération) est mentionnée comme guérie. Les 4 derniers ont tous présenté une généralisation dont l'apparition a eu lieu de 15 jours à 6 mois après l'opération. La malade qui a succombé le plus rapidement après l'extirpation des ganglions avait été traitée de son nævus par les caustiques.

Il n'y a donc pas à se le dissimuler ; qu'il y ait ou non intervention, et quelle que soit la nature de celle-ci, les résultats sont aussi peu encourageants que possible, de sorte qu'il nous serait difficile de nous prononcer en faveur de l'une ou de l'autre des opinions précédemment citées ; bornons-nous à rappeler ici que maintenant peu d'opérateurs consentent à intervenir dans ces conditions.

Néanmoins, dans cette circonstance, il resterait quelque-

fois au chirurgien un espoir légitimant l'intervention : il n'est pas impossible, en effet, que dans le cas de nævus ulcéré, l'infection ganglionnaire soit due à des microgermes n'ayant rien de commun avec ce nævus, si ce n'est qu'il leur aurait ouvert une porte d'entrée ; ce serait le cas si l'on pouvait s'assurer de ce fait, d'extirper simplement le nævus, sans toucher au ganglion.

Comme nous venons de le montrer, la récidive survient presque fatalement, après une intervention dans le cas d'infection ganglionnaire : *a fortiori* devrait-elle survenir quand il existe des phénomènes de généralisation. Aussi n'opère-t-on jamais dans ce cas : il n'est pas inutile de dire ici que, dans l'examen microscopique des urines, du sang et des crachats, MM. Nepveu et Clauzel disent avoir trouvé un moyen sûr de déceler les débuts d'une généralisation, aussi fera t-on bien d'y recourir.

Nous avons vu que l'intervention dans les différents cas de dégénérescence maligne d'un nævus est souvent suivie de récidives. Nous allons nous occuper maintenant d'en déterminer les caractères et le mode d'apparition ; cette étude nous servira à apprécier plus sainement le traitement en général, et à établir le pronostic de ces tumeurs.

Une chose frappe d'abord lorsqu'on parcourt nos observations, c'est l'excellence des résultats immédiats : la plupart du temps, en effet, la cicatrisation s'est faite dans les délais normaux, et si l'on ne s'en tenait qu'à cette constatation, on pourrait, comme cela est d'ailleurs arrivé, se leurrer soi-même et le malade d'un espoir chimérique.

En effet la cicatrice s'est à peine formée, la plaie est à peine guérie, que souvent l'on y voit déjà les signes avant-

coureurs de la récidive locale, de même que, simultanément ou un peu plus tard, on constatera l'infection des ganglions.

Prenons comme exemple les cas où le médecin a été consulté et a opéré la tumeur alors qu'elle était seulement locale : ce cas s'est présenté 19 fois. Sur ce nombre 13 n'ont pas été suivis assez longtemps pour que l'on puisse se prononcer sur le résultat définitif, neuf du moins n'ont pas eu de récidive avant quelques semaines ; deux sont mentionnés comme guéris, dont l'un après une cautérisation suivie d'érysipèle ; deux ont eu une récidive ganglionnaire suivie de mort ; un est mort de mélanose généralisée : enfin une femme a présenté une récidive locale, quinze ans après l'opération primitive, une nouvelle récidive locale deux jours après la deuxième opération ; celle-ci céda à une cautérisation au fer rouge et la malade est mentionnée comme guérie.

Il résulte de ces quelques faits que la récidive est, ou locale, ou ganglionnaire, ou générale : cette différence paraît venir du plus ou moins de malignité de la tumeur primitive, puisque l'on a pu voir un néoplasme récidiver localement à deux reprises sans causer la mort de la malade, tandis que d'autres fois la généralisation a lieu avec une rapidité pour ainsi dire foudroyante. Chose qui semblera paradoxale, cette différence de gravité ne paraît pas due à la nature histologique de la tumeur, car, dans les deux cas extrêmes, il s'agissait d'un carcinome mélanique. Comme conclusion de toute cette étude, nous dirons : l'intervention dans le cas de néoplasme encore local offre quelques chances de succès, à condition d'être radicale et précoce. Lorsque les ganglions sont infectés, l'opération pourrrait encore avoir de bons

résultats, mais nous n'osons pas nous prononcer d'une façon générale : c'est au médecin à voir, suivant les cas, quelle conduite il doit tenir.

Les résultats du traitement sont donc peu encourageants en général, et le pronostic des épithéliomes est fort grave ; si l'on remarque la durée de la vie entre le début de la tumeur et la terminaison fatale, voici les chiffres que l'on obtient.

I. — *Chez les opérés.*

Avant l'opération.	Après.	Total.
Seize ans.	?	Seize ans.
Dix-huit mois.	?	Dix-huit mois.
Quatre ans.	?	Quatre ans.
Deux ans.	Six mois.	Deux ans et demi.
Sept ans.	?	Sept ans.
Neuf mois.	Six mois.	Un an 1/4.
Quelques mois.	Quelques mois.	Quelques mois.
Quelques mois.	Quinze ans.	Quinze ans.
Deux-trois ans.	?	Deux — trois ans.
Deux ans.	?	Deux ans.
Six mois.	?	Six mois.
Huit ans.	Guérie ?	Huit ans.
Trois mois.	Deux mois.	Cinq mois.

II. — *Chez les non-opérés.*

Dix mois.

Quinze ans.

La moyenne est donc pour les opérés de 4 ans et 8 mois,

et pour les non-opérés elle serait de 8 ans (Ce résultat n'est évidemment pas basé sur un assez grand nombre de cas pour avoir une valeur sérieuse) ; la moyenne totale est donc de 5 ans 1/2.

Malgré cette moyenne relativement élevée l'épithéliome développé sur les nævi est donc fort grave, puisqu'il n'y a pas de cas authentiques de guérison radicale.

Comparativement le pronostic du sarcome développé sur les nævi s'établit par la moyenne qui est de 2 ans 8 mois, avec un minimum de 4 mois et un maximum de 20 ans.

CONCLUSIONS

1° Les nævi pigmentaires sont assez fréquemment le point de départ de tumeurs malignes.

2° Ces tumeurs appartiennent le plus souvent au genre épithéliome ; cependant un certain nombre de sarcomes bien nets ont été vus sur les nævi.

3° Certaines tumeurs décrites comme des sarcomes carcinomateux sont probablement des carcinomes avec une trame très embryonnaire.

4° La néoplasie épithéliale, quand elle se développe aux dépens d'un nævus, affecte volontiers la forme du carcinome réticulé.

5° Tantôt le carcinome est mélanique, tantôt il est dépourvu de pigmentation.

6° On ne saurait dire avec certitude si ces tumeurs épithéliales naissent aux dépens du corps muqueux ou aux dépens des glandes : cependant on serait tenté de placer dans le corps muqueux de Malpighi l'origine des tumeurs pigmentées, et, dans les glandes, celle des tumeurs dépourvues de pigment.

7° Les tumeurs carcinomateuses développées sur le nævi, qu'elles soient pigmentées ou non, sont malignes au premier chef. On doit les enlever le plus promptement et le plus largement possible.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Bull. de la Soc. Anat. de Paris. Décembre 1888.

Alibert. — Nosographie naturelle, 1817.

— Monographie des maladies de la peau. T. II, p. 231.

Andral. — Précis d'anatomie pathologique. Paris, 1832.

Angelot. — Bullet. de la Soc. Anat. Paris, 1872.

Armaignac. — Sarcome fasciculé de la joue ayant succédé à un nœvus maternus écorché par un peigne (Journ. de méd. de Bordeaux, 16, 1878).

Arnott. — Tr. of the Path. Soc., XX, p. 322.

Augagneur. — Lyon méd., 1881, p. 216.

Bærensprung. — Beiträge zur Phys. u. Anat. des menschlich. Haut. (Ann. de char. Krank. B. III, 1863, p. 67).

Ballance et Skattock. — Brit. méd. Journ., p. 929, octobre 1887.

Bard. — De la nature parasitaire de la mélanose et de certaines tumeurs mélaniqu es. Lyon méd., 1885, XLVIII, p. 407-414.

Barras. — Précis analytique sur le cancer de l'estomac. Paris. 1842.

Bégin. — Dict. de méd. et de chir. prat, VII, 444.

Béhier. — Diathèse mélanique. (Arch. génér. de méd. Paris, III, p. 286, 1833).

— Gaz. méd. de Paris, 1839, p. 154.

Bennett. — On cancerous and cancroid growhts, p. 91.

Benzler. — Die Nævi als Ursprungsstätten melanotischer Geschwülste (Diss. inaug. in-8°, Berlin, 1880).

Berend. — Ueber Melanosis, nach fremden und eigenen Beobachtungen. (Casper's Wochensch., 1849, n° 32, p. 505, f. 1 et 2).

Bickersteth (E. R.)· — Large subcutaneous nœvus in process of undergoing a peculiar transformation (Monthly Journal, 1853, — et Arch. gén. de méd., 5e série, II, 337. Paris, 1853).

Bernard d'Agescy. — Essai sur l'étiologie du cancer (Paris, 1827).

De Beurmann. — Mélanose de la face; un traumatisme; accroissement; deux interventions chirurgicales; trois récidives avec extension sur place (Bullet. de la Soc. anat. de Paris, 1875, 3e série, X, 739-742, — et Prog. méd. 1876, IV, 277).

— Mélanose généralisée du tissu cellul. ss. cut., disparition spontanée de deux de ces tumeurs (Bullet. de la Soc. anat. de Paris, 1875. 3e S. X, 742, — et Prog. méd., 1876, IV, 278).

Biessy. — Considération philosophico-médicale sur le cancer avec tumeur primitive, 1806.

Billroth. — Chirurg. Klin. Vienne, 1871-1876.

— Eintheilung, Diagnostik und Prognostik der Geschwülste. p. 37.

— Handbuch des allgemeinen chirurg. Pathol. und Therap. Berlin, 1866. in-4°. Trad. Franc. Paris, 1868, p. 803.

Birkett. — Secondary melanotic cancer of the lumbar glands and omentum; multiple melanotic tumour of the skin (Méd. Times et Gaz. London, 1854. N. S. IX, 457).

— Wilks catal. of the museum of Guy's Hosp n° 1652-73.

Bolze. — Zur Harnuntersuchung bei Pigmentkrebs. (Viertelj. f. d. prakt. Heilk. Prag., 1860. LXVI, 140.

Bonet. — Sepulchretum anatomicum. Genève, 1679. Lib. I, 1re Sect.; et Lib. II.

Boulay. — Du pronostic des tumeurs mélaniques (Arch. génér. de méd., 7° S. XXII, 1888).

Bowlby. — Epithéliome mélanique (London pathologic. Society, 15 avril 1890).

Boyer. — Maladies chirurgicales. II, Paris 1818.

Brazzola. — Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes (Bull. delle sc., med. n° 2, 1889).

Breschet (G.). — Considérations sur une altération organique, appelée dégénérescence noire, mélanose, cancer mélané. etc. Paris 1821.

— *Idem* in Rev. med. hist et phil. Paris, 1821. VI, 304-322, — ou, N. Jahrb. de deutsch. Med. u. Chir., Elberfeld, 1822. V. I. st, 87, 106.

— Dict. de méd., juin 1826. T. XV.

Broca. — Traité des tumeurs. Paris, 1869.

Brocq. — Traité des maladies de la peau. 1890.

Broussais. — Histoire des phlegmasies chroniques, 4e édit. Paris.

Bruns. — Handb. der prakt. chir., 2e partie, tom. I, p. 185.

Bryant. — Guy's Hosp. Rep. 1863, 2e série. Vol. IX, p. 245.

— Trans. of the Path. Soc. Lond. Vol. VIII, p. 388.

— Extensive nœvus involving the whole of the right leg, in différent stages of developpement. Tr. Path. Soc. Lond. 1857-1858, IX, 186-188, 1 pl.

— Melanotic tumour developped in a mole : excision and the secondary formation of melanotic tumour in the integuments and nearly every internal organ. Trans. oe the Path. Soc. Lond. 1862-1863, Vol. XIV, p. 246 — ou Lancet. Lond. 1863, II, 37 — ou Med. Times et Gaz. Lond. 1863, I, 480.

— Large nœvus involving the upper lip flattening th, front teeth in both jaws from its pressure, id. 1870 3e série, XV, 237.

Bulletins de la Soc. anat.-path. de Nantes (Voir aux noms

de Chenantais, Heurtaux, de Laraberie, Malherbe, Poisson).

Bulletins de la Soc. Anat. de Paris, passim.

Burns (John). — Dissertation on inflammat. Glasgow, 1800.

Busch. — Du danger d'extirper les tumeurs malignes (Berlin. klin. Wochens. n° 16, 1880, 19 avril).

Buschmann. — Wiener med. Wochens., 1877, n° 30.

Caffe. — Journ. des Conn. méd. pratiq., nov. 1847.

Campana. — Arch. de malat. vénér. et pell., 1876.

Canstatt. — Jahresbericht ueber die Fortschritte der gesammten medicin in allen Ländern., 1840-1876 passim.

Capitan (L.). — Bull. de la Soc. anat. Paris, 1877.

Cazenave. — Dict. en 30 vol. Paris 1839 : article Mélanose.

Cazenave et Schœdel. — Abrégé pratique des maladies de la peau, 1858.

Chaillou (Th.). — Nature et mode de généralisation des affections cancéreuses (Paris, 1865).

Chambard. — Travaux du Laboratoire d'histologie du collège de France, 1878-1879, p. 98 et suiv. et pl. IV. Obs. VIII.

— Arch. de Phys. norm. et path., 2e série, VI, 1879, p. 320.

— Ann. de dermat. et de syphil., 1879, 83 p. 67. Obs. II.

Chenantais. — Carcinome mélanique de la peau du cou (Bull. de la Soc. anat. path. de Nantes. Année 1887. pièce n° 53). Obs.

Christiani. — Des néoplasmes congénitaux de la peau (Mémoire à l'Acad. de méd. de Paris, 1889).

Churchill. — Compound pedunculated growths of the skin developped from moles. A. Melanotic. B. Warty. (Tr. Path. Soc. Lond. 1871, XII, 314).

— Melanotic pedunculated growths developped upon a mole : excision, recovery. (Méd. Times et Gaz. Lond. 1872, I. 160).

Clauzel (E). — Du diagnostic de la généralisation des tumeurs

mélaniques par l'examen microscopique du sang, des urines et des crachats (Th. Paris, n. 310, p. 70, 1874).

Cœlen. — Diss. inaug. continens nonnullas observationes in clinico chirurgico Cl. Broers factas. Harlemi, 1847, p. 95.

Conheim. — Vorlesungen über allgem. Pathol. Ein Handb. für Aerzte und Studirende Berlin, 1877. Erstes Band.

Cornil et Ranvier. — Man. d'histol. pathol., 2e édit. 1884.

Cornil et Trasbot. — De la mélanose (Mémoire couronné par l'Acad. de méd. de Paris), 1868, tom. XXVIII.

Dà Costa (J.). — Remarks on epithelial tumours and cancer of the skin. (Med. Exam. Philad.; 1852, n. S. VIII, 229; 287).

Delagarde. — Epith. on the thigh., degener. mole. St. Barth. Hosp. rep. Lond., 1867, III, 321.

Devergie. — Maladies de la peau, p. 796, 1857.

Devens (C. M.). — De fungo cancroso e verruca orto (Argentorati, 1754).

Dieterich. (Ph.). — Ein Beitrag zur Statistik und klinischen Bedentung melanotischer Geschwülste. (Arch. f. Klin. Chir. Berlin, XXXV, 1887, 289).

Dœbereiner. — De fungi hœmatodis et medullaris indole, naturâ, causâ, diagnosi et medelâ. Ienœ.

Dolman. — Transact. of the Lond. Path. Soc. V. X, p. 255.

Doyen (J. B.). — Dissertation sur le cancer considéré comme maladie du système nerveux, Paris, 1816.

Duchemin. — Contribut. à l'étude des transformations des angiomes, Th. Paris, n. 47, 1880.

Duncan (J.). — Sur le nœvus (Edinb. med. Journ. 697, février 1886).

Dupuytren. — Expériences sur la contagion des tumeurs.

Durand. — Epithéliome pavimenteux primitif des cicatrices. Th., Paris, n. 221, 1887-1888.

Durante (F.). — Un caso raro di neo materno maligno, (Bull. d. r. Acad. med. di Roma. VIII et X, 1882-1884).

— Neo materno maligno pigmentato, (Arch. di chir. prat, di Palasciano, XI, 1884).

Duret. — Bull. de la Soc. anat. de Paris : avril 1873, p. 298. — et Arch. de Phys. norm. et Path., Paris, 18.3, V. 379.

Duvernois. — Observation in Th. Clauzel. Paris, 1874, n° 309, p. 69.

Earle (H.). — On the influence of local irritation in the production of diseases ressembling cancer and other morbid alterations of structure (Med.-chir. Tr. Lond., 1823, XII, 268-295, — ou Mag. f. d. ges. Heilk. Berlin, 1815, XXIII, 3-41).

Eiselt. — Die diagnose des Pigmentkrebs durch der Urin (Vierteljahrschrifft für die praktische Heilkunde. Prag., t. LIX, p. 190, 1858 ; t. LXX, 1861, p. 110).

— Ueber Pigmentkrebs (Viert. f. d. prak. Heilk. LXX, p. 87, 1861. LXXVI, p. 26, 1862).

Fano. — Gaz. des hop. civ. et milit., avril 1876.

Fergusson. — Melanosis (the Lanc. Lond., 1847, II, 617. 1852, I, 622 et II, 176).

— Melanosis and the indefinited nature of melanoid tumours (Lanc. Lond. 1855, II, 439).

— Melanotic cancer (Méd. Times et Gaz. Lond. 1855, II, 468, novembre).

— Melanotic tumour of the left arm, growing from the cicatrix of a mole eradicated by caustics. (Lanc. Lond. 1861, I, 262).

Fischer. — Deutsch. Zeitsch. f. Chir., XIV.

Follin. — Traité élémentaire de Pathol. ext., t. I, p. 244, Paris, 1861.

Frœhlich. — Ueber Cornu cutaneum mit Berücksichtigung seines Verhältnisses zum Epithelialkrebs (Berlin, 1872).

Gaillard. — Melanosis of the inguinals glands (South. J. Méd. and pharm. Charleston, 1847, II, 55).

Galliard. — Sarcome mélanique du gros orteil (Th. Lyon, 1882).

Gandolfi (G.). — Sulla genesi e cura dello scirro e del cancro (Milano, 1845).

Gautret. — De la mélanose (Th. Paris, 1863).

Gay (John). — Spontaneous cure of nævi materni (The méd. Times, XIV, 146. Lond. 1857).

Gentilhomme. — Bullet. de la Soc. anat., Paris, 1882, p. 373.

Germain (**de S.**). — Revue des maladies de l'enfance, 1883, p. 33.

Gistowski (M.). — K istorii razvitija rakovago epithelija (Recherches histologiques sur le développement du cancer épithélial), Saint-Pétersbourg, 1875.

Glück. — Arch. f. klin. Chir., XXV.

Goujon. — Inoculation de la mat. mélan. (Comptes rendus et mém. de la Soc. de biol., juin 1867. — Gaz. des Hôpit., 23 juillet 1867).

— Inoculabilité des éléments pigmentaires ou mélaniques (Gaz. des Hôp. de Paris, 1867, p. 337).

Grœne. — Dissert. inaug. de carcinomate melanode, Gryphiae, 1861.

Guibout. — Diagnostic et traitement des maladies de la peau, 1885.

Gussenbauer (C.). — Ueber die Pigmentbildung in melanotischen Sarcomen und einfachen Melanomen der Haut (Arch. f. path. Anat., Berlin, 1875, LXIII, 322-355, 1, pl.).

Hallé. — Bull. de la Soc. anat. Paris, 1884, 4e série, 9, p. 511.

Hanau. — VIIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie, mai 1889.

Hausalter. — Contribution à l'étude du sarcome mélanique généralisé. Revue méd. de l'Est. Nancy, XIX, III, 151 (février 1887).

Hébra (Ferd.). — Traité des maladies de la peau, traduit et annoté par Doyen, Paris, 1875.

Hénocque. — Dict. encyclopédique des Sciences Méd. Art. Tumeurs épithéliales.

Heurtaux. — Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 28 janvier 1875.

— Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat. Paris, 1876, XXII, 43, 90. Art. Melanose.

— Même Dict. Art. Tumeurs.

— Epith. tubulé de la lèvre supér. (Bull. de la soc. anat. path. de Nantes. Année 1881, pièce n° 117). Obs. I.

— Epith. tubulé avec points mélaniques (Idem, 1883, n° 37). Obs.

— Epith. tubulé de la région orbitaire (Id. 1883, n° 139). Obs. IV.

— Carcin. réticulé sur un nævus (Idem, 1881, n° 59). Obs. V.

— Carcinome de l'avant-bras (Id. 1882, n° 100). Obs. VI.

— Carcinome mélanique de la peau du cou (Id. 1886, pièce n° 85).

— Carcinome mélanique développé aux dépens d'un nævus pigmenté ; ganglions carcinomateux (Id. 1886, pièce n° 102). Obs.

— Carcinome mélanique de la région temporale. (Id: 1887, pièce n° 37).

— Tumeur mélanique bénigne congénitale de la fesse droite (Endothéliome ou sarcome?) (Id. 1886, n° 101).

— Tumeur mélanique (Id. 1887, n° 94).

Hollstein. — On a nævus lipomatodes (Med. Times, XVI, p. 552, Lond. 1847).

Holmes Coote. — On nævi materni. (Lond. méd. gaz. 2e série. vol. X, p. 415, 1850).

Houel. — Mélanose des ganglions de l'aisselle et du coude.

(Bull. de la Soc anat. de Paris, 2e série, tome XII, p. 433, Paris 1867).

Hugues. — Sur le nœvus (Th. Paris 1890).

Hurtrel d'Arboval. — Art. Mélanose du dict. de méd. et de chirur. vétérinaires (Paris 1827, t. III, p. 111).

Hutchinson. — Tumour of the face of nœvoïd origin. (Méd. Times et Gaz. Lond. 1879, II, 690).

Hutchinson. — Degeneration of a mole into an Epith. (Brit. méd. J. Lond. 1878, I, 485).

Hutin. — De l'épithéliome (Th. Paris, 1882).

Hyde (J. Nevius). — Un cas de nævus lipomatodes (Journ. of cut. and. Ven. diseases, juillet 1885).

Index catalog. of the library of the Surgeon general's office United States Army, Washington (Art. cancer épithélial, melanosis, mole, nævus, etc.).

Inglis Parson. — Semaine méd., 10 août 1890.

Jordan (F.). — On the nævoid origine of some congénital hypertrophies (Surg. Enq., 2e édit. Lond., 1880, 124-126).

Journal de médecine de Bordeaux, 30 décembre 1889 (Tumeur mélanique de la joue et tache mélanique la déplaçant).

Kaposi (Kohn). — Histoire générale des néoplasies cutanées (cité in Hébra). Voyez ce nom.

— Leçons sur les maladies de la peau, 1881.

Kawba (P.). — Ueber Melanosarcome (Berlin, 1883).

Köbner. — Zur Kenntnitz der allgem. Sarcom. und der Haut in Besond. (Ann. für Derm. und Syph., 1869, I, 3, p. 369).

Kolaczek. — Deutsch. Zeitsch. f. Chir., XII.

Krönlein (R. W.) — Ausbedehntes Angioma cavernosum polyposum der Wange aus einem Nævus hervorgegangen. Extirpation. Heilung (Arch. f. klin. Chir. Berl., 1877, XXI, Supplhft., 86).

Küster. — Arch. f. klin. Chir. XII.

Labougle. — Bull. de la soc. anat. de Bordeaux, 25 mars 1889.

Laboulbène. — Sur le nævus en général et sur une modification particulière et non décrite observée dans un nævus de la paupière inférieure (Th. Paris, 1854).

Laënnec. — Sur les mélanoses (Bull. de la Fac. de méd. de Paris (1804-8) — 1812, I, 2e année, 24-26).

Lager (de St.). — De la mélanose, 1852.

Lancereaux. — Tumeur pigmentaire et épithéliale de la région malaire (Comptes-rendus de la Soc. de Biol. 1860. Paris, 1861, 3e série, II, 19).

— Traité d'anat. path., 1877, I, 369.

V. Langenbeck. — Deutsche Klin., 1860, p. 170.

De Larabrie. — Epith. mélanique de la région mammaire (Bull. de la Soc. anat. path. de Nantes, année 1887, pièce no 104). Obs.

— Arch. génér. de méd. 1889.

— Recherches sur les tumeurs mixtes des glandules de la muqueuse buccale (Paris, Asselin et Houzeau, 1870).

Larcher. — Note sur un cas de nœvus lipomatodes (Comptes rendus de la Soc. de Biol. IVe Série, III, p. 58, Paris, 1867).

Lawrence. (W.). — A case of fungus hematodes by Georg. Langstaff, Esq. Surgeon, new Barringhall street, communicated by William Lawrence, Esq. ; Read, nov. 10, 1812.(Med.chir. Tr. publ. by med. and chir. Soc. Lond.).

Lawson (G.).— Epith. on a large mole which covered the whole of the back and shoulders (Tr. Path. Soc. London, 1873, XXIV, 256, 1 pl).

Lebert. — Physiologie pathologique. Paris, 1845.

— Traité pratique de maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer. Paris, 1851.

— Traité d'anat. path. génér. et spéc., Paris, 1855-1857, I, 115.

Lebreton. — Gazette des Hôpitaux civils et militaires, 7 janvier 1868.

Lecomte. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1852, p. 97.

Léger et Petel. — Mélano-sarcome ganglionnaire consécutif à un nævus pigmentaire congénital (Soc. anat. de Paris 1875, 15 mars).

emaistre.. — Carcinome ayant l'aspect microscopique du sarcome mélanique (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 2e série, XVII, p. 465, Paris, 1877).

Leidecker. — Zur Diagnose der sarcomatôsen Geschwülste (Inaug. Abh. Giesen, 1856).

Liebe. — Diss. inaug., Strasbourg. 1881.

Lück (A.). — Melanoma (10 cas) Deutsch. Zeitsc. f. chir. (Leipzick, 1872-1873. II, 242).

Malherbe (A.). — Epithéliome tubulé de la peau (Bulletin de la Société anatomo-pathologique de Nantes, 1889, pièce 240) Obs. III.

— Carcinome mélanique dans un ganglion du cou (*Idem*, 1886, pièce 54) Obs. VII.

Manfredi. — Fortschritte der Medicin, n. 22, 1886.

Mason. — Melanotic tumour developped near a congenital mole (Brit. med. J. oct. 1873, p. 393).

Mathieu (A.). — Sarcome mélanique de la tempe droite ayant debuté par une tumeur érectile veineuse. Récidive ganglionnaire, tumeur cérébrale de même nature (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1880. LV, 544-548 — et Progrès médical de Paris, 1881, IX. 343).

Mazzoni (C.). — Sarcoma fusocellulare della natica destra svilup-patosi da un neo materno dermoidale, cauterizatione : guarigione (Clini. chir. (Mazzoni) Roma, 1876. III, 155-157).

Meissner. — Schmidt's Jahrb. 1865-1880.
Melanosis of the skin. (Med. Times, mai 1853).

Michel. — Melanosarcome ganglionnaire consécutif à un papillome mélanique congénital (Th. Nancy, 1887. Observ. II).
— Mélanosarcome. Généralisation ganglionnaire (Idem, III).
— Molluscum dégénéré. Généralisation ganglionnaire Idem. (Observ. IV).
— Mélanosarcome. Généralisation ganglionnaire (Idem. Observ. V).

Michon. — Du cancer cutané (Th. de concours. Paris, 1848).

Mitchell (R.). — A général and historical treatise on cancer life; its cause, progress, and treatment (London, 1879).

Moller. — Nœvus pilosus avec sarcome pigmenté (Wien. med. Woch., n° 13, 1889).

Morner (K. A. H.). — Bidrag till kännedomen om färgämnena i melanotiska svulster (Stockholm, 1886).

Monod. — Revue de chirurgie, 1877.

De Morgant. — Melanotic Sarcoma of femoral glands secondary to tumour over the heel. Sarcomata in spleen and iliacs glands (Lanc. Lond., 1875, II, 449).

Mosengeil. — Arch. f. Klin. Chir., XII.

Müller. — Observation d'angiome récidivant (in Encycl. internat. de chir., t. III, p. 474).
— (Soc. anat. de Paris, mars 1851, et janvier 1852).

Munting (W. de K.). — Over de histiogenese van den kanker (Uttrecht, 1868).

Nepveu. — Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques (Gaz. méd. de Paris, 1872; 4e série, 325-385), — et Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1872 ; Paris, 1874, 5e série, IV).
— Contre-indication à l'extirpation des tumeurs mélaniques, tirée de l'examen microscopique du sang et des

urines (Gaz. méd. de Paris, 1874 ; 4e série, III, page 59 — et Compte-rendu de la Soc. de Biol. 1874 : Paris, 1875, 6e série, I, 1882-1886. — Trad. ang. in Méd. Times et Gaz. Lond., 1874, I, 355).

Nieberg (C.). — Zur Statistik der melanotischen Geschwülste (Inaug. Dissert. Würtzburg, 1882).

Norris. — Edinb. med. and surg. Journ., octobre 1820, page 562.

Nunn (F. W.). — Canstatt's Jahresb., 1881.

Orsi (F.). — Caso di antropoleopardalisdermia (Gaz. med. ital.-lomb., nos 50 et 51. Pavia, 1867).

Ovion. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1878.

Paget. — Cases of tumours under moles (Med. Times et Gaz. Lond., 1864, N. S., I, 58).

— Lectures on surgical Pathology, II, 490, 1863, et Med., Times et Gaz. 1864. Vol. I, p. 58.

Pamard (P.). — Observations ophthalmologiques propres à infirmer l'opinion généralement admise sur la nature cancéreuse des mélanoses (Ann. d'ocul. Bruxelles, 1853).

Pemberton. — Midland Q. S. M. Sc. Birmingham, 1857, I, p. 129-166; 4 pl.

— Obs. on history, pathology and treatment of cancer diseases. Lond., 1858. Part. I, Melanosis, p. 3 et 17.

Pérochaud. — Th. Paris, 1885.

Perrin. — De la sarcomatose généralisée (Th. Paris, 1886).

Petit. — Mélanose généralisée ayant pour origine une tache mélanique congénitale de la joue gauche.

— Nævus pigmentaire de la jambe ; transformation sarcomateuse (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1879, LIV 499-502, — ou Prog. méd., 1880, VIII, 235).

Peulevé. — Mélanose généralisée (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1865, XL, 341).

— Contribution à l'étude de la mélanose généralisée. Th. Paris, 1866, n° 290.

Peyrilhe. — Dissert. academica de cancro (§ 38, p. 33, 1774).

Picot. — Les grands processus morbides, 1878, p. 1168.

Pillet. — Tum. mélaniq. de la peau etc. (Arch. de Phys. norm. et path.), 3° série, VIII, 1878, p. 579.

Pitha et Billroth. — Handbuch der allgem. u. spec. Chir II, 1.

Von Planner. — Ein Fall von Nœvus congenitus mit excessiver Geschwülstbildung. (Viertelj. von Derm. Wien. 1887, XIV, 449-476. 2 pl.).

Plenk. — Doctrina de morbis cutaneis (Vienne, 1776, p. 35).

Poisson et Heurtaux. — Sarcome de la peau du dos (Bull. de la Soc. anat. path. de Nantes, 1881, pièce 88). Obs.

Prescott Hewett. — Lancet. mars 1861, 16, p. 264.

Prüs. — Recherches sur la nature et le traitement du cancer de l'estomac, 1829.

Quenu. — Tumeurs, in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. Paris, 1890, t. I, p. 398.

Rappin. — Recherches sur l'étiologie parasitaire des tumeurs malignes (Gazette méd. de Nantes, mai et août 1886, avril et septembre 1887, avril 1890. — Comptes-Rendus de la Soc. de Biol. 1887, décembre.

Rayer. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau t. III, 1835.

Revue des sciences médicales, Hayem.

Rey. — Thèse Paris, 1869.

— Sarcome mélanique de la jambe droite, cautérisation, généralisation, mort (Bull. de la soc. anat. de Paris. 2e série, t. XVII, p. 454. Paris, 1872).

Robin. — Des tumeurs mélaniques et melaïniques (Journal d'anat. et de phys., 1872).

— Art. mélanose du dict. encycl. des sciences médicales, 2e série, t. VI, p. 372, Paris 1873).

Rothacker (W.) et **Tompson** (J. A.). — A case of melanosarcoma (Méd. News. Philad., 1885, XLII, 262).

Roux. — Mélange de chirurgie et de physiologie, 1809.

Roux. — Répertoire général des sciences médicales, 1844.

Salle. — Étiologie de la carcinose (Th. Paris, 1877).

Scheurlen. — Soc. de méd. int. de Berlin, 1887.

Scheurlen et Schill. — Die Ætiologie des Carcinomes (Berlin. klin. Wochensch, n. 49, p. 955, 5 déc. 1887).

Schill. —. Deutsch. med. Wochensch., n° 4, pp. 10 et 34, 1887.

Schilling (E.). — De melanosi. Franc. a. M.

Schneider (R.). — Vom melanotischen Krebs. Jena.

Schrœder. — Anteekeningen van de sectie Vergadering van het Prov. Utrecht Genootschap. 29 junij, 1847.

Senftleben. — Arch. f. klin. Chir., 1861, I, 118.

Senger. — Berl. klin. Wochensch., 1888.

Simon. — Gaz. des hôp ,69, 1881.

Simon (G.). — Hautkrankheiten, Berlin, 1851, p. 267.

— Arch. f. Derm. u. Syph, 1872.

Société anatomique de Bordeaux. T. IX, p. 88 et T. X.

Stiles. — Dégénérescence mélanique d'un nœvus (in Encycl. internat. de chir. T. III, p. 474).

Sydney Jones. — Tr. of the path. Soc. Lond., XXVIII, 219.

Tavignot. — La mélanose est-elle un cancer? (Ann. d'ocul., Bruxelles, 1853, XXIX, 279-282).

Terrillon. — Mélanose généralisée ayant débuté par une petite lèvre de la vulve (Ann. de gynéc. Paris, 1886 XXVI, 1 à 8).

Thiersch. — Der Epithelialkrebs namentlich der Haut mit einem Atlas microscopischer Abbildungen. Leipzig, 1865.

Thompson (H.). — Subcutaneous malignant tumour containing melanotic matter (Trans. Path. Soc. Lond., 1858-1859, X, 257).

Melanoid cancer developped in a common dark mole containing pigment (Ibid., 1860-1861, XII, 206).

Thompson. (M. D.). — Melanosis (Lancet. Lond., 1842, II, 573-575).

Thompson (W.). — Cases of melanosis (Ibid., 1833, II, 422).

Thuau (P.). — Etude sur la mélanose généralisée. Paris, 1876.

Trèves (F.). — Encycl. internat. de chir. T. III, p. 119.

Trœttschl. — Ein Fall von Cancer melanodes (Inaug. Abh. Augsbourg, 1857).

Variot. — Notes sur les lésions de la peau dans la mélanose congénitale (Arch. de Physiol. norm. et path., 3e série, 8, 1887, p. 226).

— Recherches sur les nævi pigmentaires circonscrits et diffus (Soc. d'Anthropol., 1887, — et Gaz. méd., 1889).

Vazeilles. — De la mélanose (Th. Paris, 1879).

Verbeeck (W. J. L.). — Guérison spontanée d'un nævus maternus congénital (Ann. de la Soc. méd. d'émulation de la Flandre occid. Roulers, 1850, IV, 256-260).

Verneuil. — De la fièvre traumatique et des fièvres épitraumatiques (Gaz. hebd., 1884).

— Séance de l'Académie des sciences du 26 août 1889.

Virchow. — Die pathol. Pigment (Arch. f. Pathol. Anat. et Phys. Berlin, 1847, I, 377).

— Deutsch. Klin., 1860, p. 169.

— Die Krankhaften Geschwülste. Berlin, 1864. Trad. franç. de Aronssohn. T. II, pp. 116, 379, 229, 233, 266. T. IV, p. 119, Paris, 1869.

— Virchow's Arch. VI, 552, 1847, p. 470.

Voyer. — Recherches sur les tumeurs des glandules de la muqueuse buccale (Th. Paris, 1889).

Wagner. — Schmidt's Jahrbüch, 1865.

— Münch. méd. Wochens., 1887.

Walther. — Walther 'sund Græf's Journ. (1823, T. V, p. 261 ; cf. Müller's Arch., 1843, p. 438).

Walsberg et **Riedel**. — Deutsch. Zeitsch. f. chir., XV.

Wadrop (J.). — Obs. on fungus hematodes or soft cancer. Edinburg, 1809.

Weber. — Note sur une tumeur à la fois télangiectasique, graisseuse et fibroïde (Müller's Arch., 1851, p. 74).

Weinlechner. — Mehrere pigmentirte Nœvi, wovon einer, an der Brustwirbelsaule krebsig degenerirte ; nach dessen früchtloser Extirpation, entwickelte sich Carcinom der Achseldrüsen und in Knötchenform an der rechten Brustdrüse in rapider Weise ; Tod durch Pleuritis mit Carcinom der Pleura (Ber. d. K. K. Krankenanst Rudolphstiftung in Wien. 1878, p. 308).

De Weyse (C.). — De scirrhi indole, decursu et genesi nonnulla (Herolini, 1834).

White (J. C.). — Encycl. internat. de chirurgie, T. III, p. 74, (Trad. franc. du Dr Eug. Rochefort, 1879).

— Journ. of cut. and ven. disease (juillet 1885).

Wilks. — Catalog of the Mus. of Guy's Bosp., n. 1652-73.

Williams. — Trans. of the Prov. med. and. surg. assoc. (Lond. 1834, I, 244).

Von Winiwarter. — Beiträge zur Statistik des Carcin. Tab. III, Fall., 82.

Wyeth (J. A.). — Encycl. internat. de chir. T. III, p. 474, 487 (Trad. fran. du Dr Eug. de la Harpe, 1879).

Yersin. — Tumeur mélanique de la plante du pied (Arch. de Phys. norm. et path. 3e S. VIII, 1886, p. 420).

Vu : le Président de la thèse,
MATH. DUVAL

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche I.

Figure 1.

(Ocul. 1, obj. 7 Verick).

Coupe d'un nævus portant sur un glomérule sudoripare.

G. — Tube glandulaire sain.

A. — Cul-de-sac dilaté et rempli de substance hyaline.

T. f. — tissu fibreux.

Figure 2.

Coupe d'un carcinome réticulé développé sur un nævus pigmentaire (Voir Observat. VII).

PLANCHE 2.

Figure 1.

Coupe d'un carcinome réticulé développé sur un nævus (V. Obs. V).

Quelques points montrent des cellules fusiformes.

Figure 2.

(Ocul. 1, obj., imm. 10 Verick).

Détails des cellules de ce carcinome.

1. — Protoplasma en dégénérescence graisseuse.

2. — Noyau et nucléole.

Pl. 1

Fig. 1.

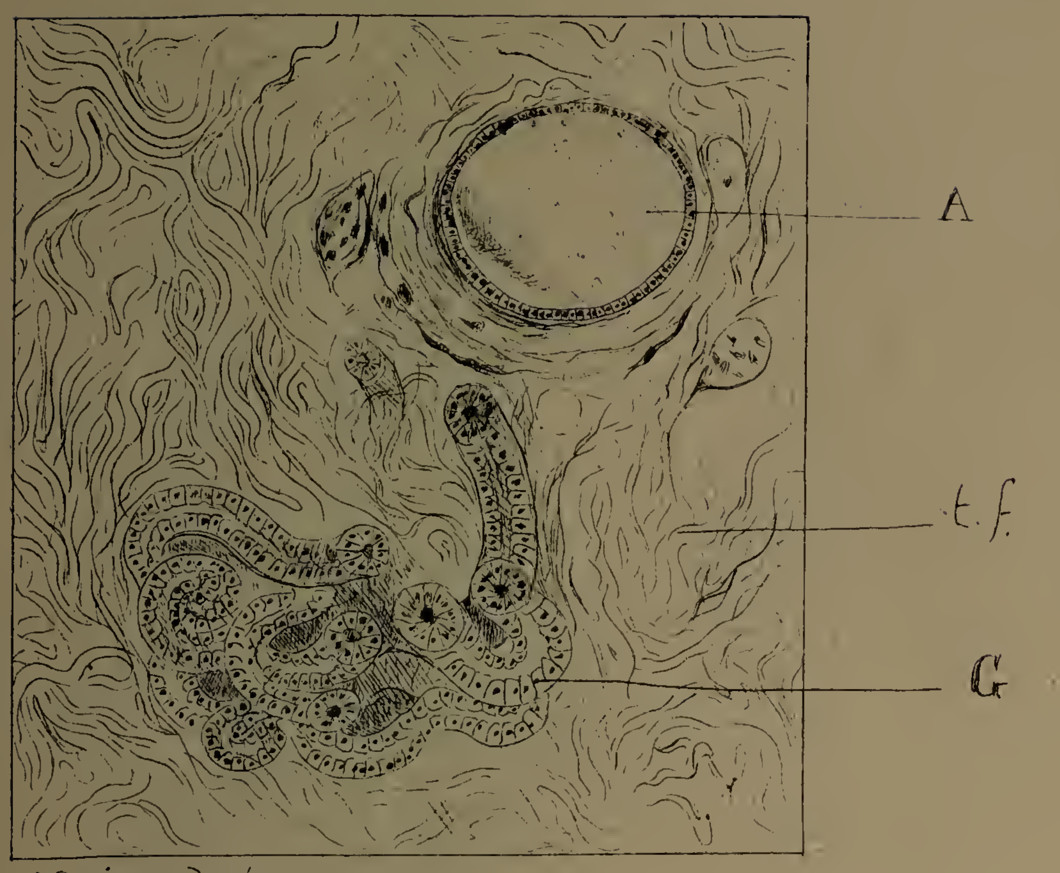
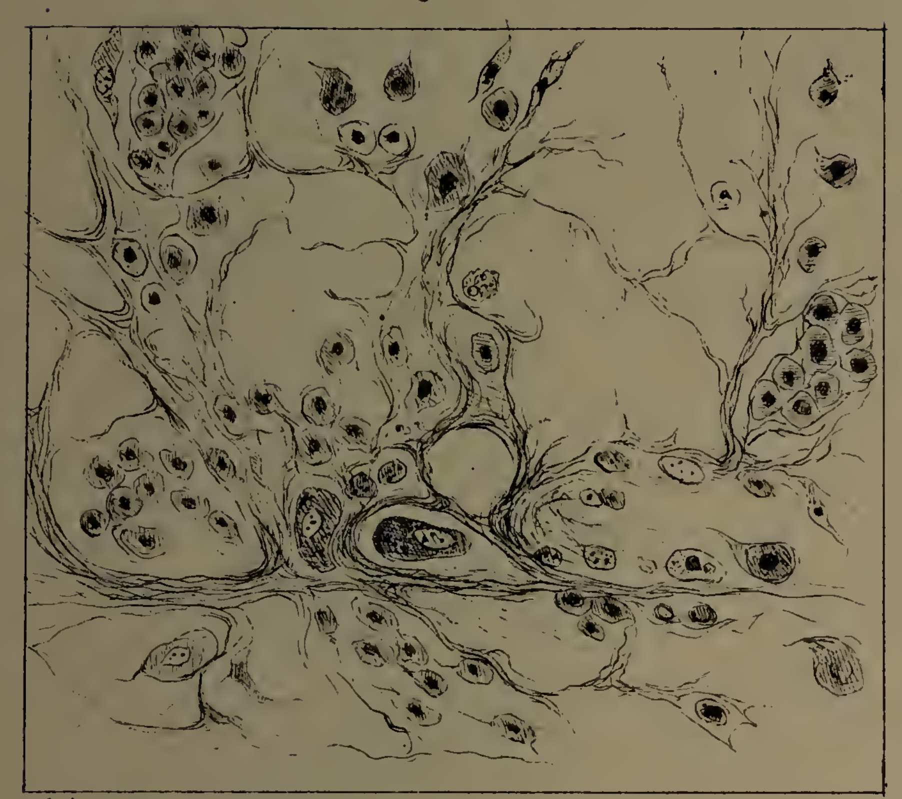


Fig. 2.



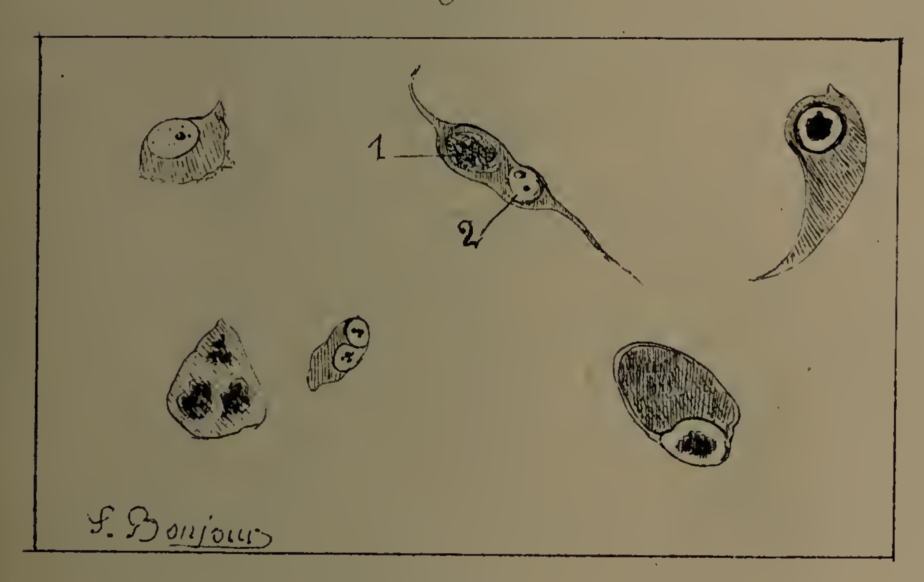
Pl. 2

Fig. 1.



J. Bonjour, ad nat.

Fig. 2.



TABLE

HENRI JOUVE, imprimeur de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris

